
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مشاوره و سلامت
روان‌شناسی
پیشگیری
علم ارتقای سلامت فرد و اجتماع
نویسنده: جان ال. رمانو
مترجم: حسین ناصری
۱۳۹۶

بسم الله الرحمن الرحیم

روان‌شناسی پیشگیری

علم ارتقای سلامت فرد و اجتماع

نویسنده:
جان. ال. رمانو

مترجم:
حسین ناصری

سرشناسه : ناصری، حسین
عنوان و نام پدیدآور : روان‌شناسی پیشگیری (علم ارتقای سلامت فرد و اجتماع)/جان. ال. رمانو؛ حسین ناصری
عنوان اصلی کتاب : PREVENTION PSYCHOLOGY: ENHANCING PERSONAL AND SOCIAL WELL – BEING. Published by AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION(۲۰۱۵)
ویراستار : ثمره عبدالصمدی
مشخصات نشر : تهران، جهاد دانشگاهی شهید بهشتی۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری : ۲۳۲ص.: مصور، جدول.
شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۴۷۹-۰۸۷-۴
وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا
یادداشت : اصول پیشگیری
موضوع : نظریات پیشگیری
موضوع : برنامه‌های پیشگیرانه
موضوع : مهارت‌های زندگی
شناسه افزوده : جهاد دانشگاهی، واحد شهید بهشتی
رده‌بندی کنگره : QH۳۲۱/ج۹ت۸۱۳۹۶
رده‌بندی دیویی : ۳۷۱/۶۲۳
شماره کتابشناسی ملی : ۴۱۸۵۵۷۷

عنوان: **روان‌شناسی پیشگیری**(علم ارتقای سلامت فرد و اجتماع)
تألیف: **جان. ال. رمانو**
ترجمه: **حسین ناصری**
ناشر: **جهاد دانشگاهی شهید بهشتی به سفارش دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان**
شمارگان: **۱۰۰۰جلد**
نوبت چاپ: **اول ۱۳۹۶**
شابک: **۹۷۸-۹۶۴-۴۷۹-۰۸۷-۴**

تلفن مرکز پخش و توزیع:تهران – میدان فردوسی- خیابان انقلاب اسلامی- خیابان شهید موسوی (فرصت جنوبی)- پلاک ۲۷ سازمان امور دانشجویان- دفتر مشاوره و سلامت
وب‌سایت: www.iransco.org

فهرست مطالب

قدردانی نویسنده

من قدردان افراد متعددی هستم که در خلق این کتاب نقش داشتند و لازم است از آنان تشکر کنم. کارکنان و ویراستاران بخش چاپ کتاب انجمن روان‌شناسی آمریکا: آن باتلر، بِث هتچ، سوزان رینولدز، نیکی سیفرت و ران تیتر، بابت راهنمایی‌ها، کمک‌های فنی و پشتیبانی در مراحل مختلف نگارش و تولید این کتاب. پیش‌نویس کتاب توسط افراد مختلفی خوانده شد و ممنون بازخوردهای ارزشمند آنان هستم. از مری هاردیمن از اعضای انجمن روان‌شناسی آمریکا در کمیته‌ی فعالیت‌های حرفه‌ای و استاندارد و هیئت‌مدیره‌ی موضوعات حرفه‌ای نیز تشکر می‌کنم. مری به من و همکارانم در تهیه‌ی دستورالعمل‌های پیشگیری در روان‌شناسی که نقطه‌ی عطفی در روان‌شناسی پیشگیری محسوب می‌شود، کمک شایان توجهی نمود.

همکاران حرفه‌ای و دانشجویان در پرداخت دیدگاه‌ها و نظراتم در مورد پیشگیری به من کمک کردند. به‌ویژه، همکاران بی‌نظیر من (که به حدی پرتعداد هستند که امکان فهرست کردن آنان در اینجا ممکن نیست) که علاقه و تعهدشان به پیشگیری مثال‌زدنی است. انگیزه و رغبت چاپ این کتاب از آنان است. من در دانشگاه مینه‌سوتا خوش‌شانس هستم که با همکاران و دانشجویان درجه‌یکی کار می‌کنم. چندین نفر از دانشجویان که اکثر آنان فارغ‌التحصیل شده و به دنبال شغل‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناسی رفته‌اند، در بخش‌هایی از این کتاب مستقیماً نقش داشتند: جولیت راس-هاتچر، ژیان-مینگ هُو، هیان کیانگ لی، زی کیو لی، جیسن نتلند، آرونیا توییکامِپی، اروین وندنلانگنبرگ و کیوجین یان. دکتر تام اسکوهالت در دانشگاه مینه‌سوتا همکار و دوست ارزشمندی برای من بوده است. طی نگارش کتاب، او راهنمایی، حمایت و دوستی قابل‌توجهی به من ارزانی داشت.

خانواده‌ام شادی و حمایت قابل‌توجهی به من اهدا کردند. برادرم، رابرت، روانشناس و آموزشگر بسیار محترم منطقه‌ی باستِن و خواهرم جرالدین، معلم، مشاور و راهنمای معنوی که نه‌تنها در این پروژه بلکه در بسیاری از حوزه‌ها در زندگی، حمایت و تشویق بی‌اندازه‌ای را به من تقدیم کردند. ما خوشبخت بودیم که والدینمان شالوده‌ی مستحکمی را برای ساخت زندگی برایمان ایجاد کردند. یار من مری کِی مِتز، مددکار اجتماعی بالینی، از نگاه تخصصی خود، گفتگو و آگاهی از پیشگیری را مطرح کرد؛ گرچه به‌عنوان مهم‌ترین نکته، او حمایت، تشویق و عشق باثباتی را طی فرآیند طرح و نگارش این کتاب فراهم کرد. فرزندان و نوه‌هایم که کتاب را به آنان تقدیم می‌کنم، در مجاورت ما زندگی می‌کنند و از وجود آنان مسرور هستم. آنان ساعت‌های متمادی مرا سرگرم و حمایت کردند و باعث شدند حواس من از دشوارِی کار نگارش دانشگاهی پرت شود.

قدردانی مترجم

اول، لازم است از تمامی کارشناسان و فعالان حوزه‌ی پیشگیری تشکر ویژه‌ای به عمل آید که باوجود تعدد وظایف و مسئولیت‌های حرفه‌ای در تلاش‌اند با اجرای برنامه‌های پیشگیرانه، فرهنگ پیشگیری را در جامعه تقویت کنند و به ایجاد جامعه‌ای سالم‌تر کمک کنند. این کتاب تقدیم می‌شود به‌تمامی روان شناسان ، مشاوران، مددکاران اجتماعی، جامعه شناسان، انسان شناسان، روان‌پزشکان، پزشکان اجتماعی و پزشکان عمومی که در بخش‌های مختلف دولتی و غیردولتی، عمر حرفه‌ای خود را صرف طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه می‌کنند.

دوم، اگر همکاری سرکار خانم شورانگیز پیشکاری نبود، این کتاب به‌سختی به دست من می‌رسید. تلاش ایشان برای تهیه‌ی کتاب در اسرع وقت ستودنی است.

سوم، مساعدت‌های جناب آقای حمید پیروی- مسئول مرکز مشاوره دانشگاه تهران- نقش قابل‌توجهی در چاپ کتاب داشت. دغدغه‌های پیشگیرانه‌ی ایشان قابل‌تحسین است.

چهارم، نظرات تخصصی جناب آقای دکتر حمید یعقوبی-مدیرکل دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری- بسیار مفید بوده و منجر به کم خطاتر شدن ترجمه‌ی کتاب شد. البته اگر ذهن باز ایشان نبود، هیچ‌گاه این کتاب توسط یک بخش دولتی چاپ نمی‌شد.

پنجم، از جناب آقای دکتر فرید براتی(معاون پیشگیری سازمان بهزیستی)، جناب آقای دکتر حسن رفیعی(عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی) و جناب آقای دکتر مهرداد عربستانی(عضو هیئت‌علمی دانشگاه تهران) بابت پشت‌نویسی کتاب که البته امکان چاپ آن فراهم نشد، تشکر ویژه به عمل می‌آید.

و در خاتمه از همسرم-فائزه- و پسرم-نوید- بسیار ممنون هستم که بیش از یک سال، درِ اتاق بسته‌ی من را با روی خوش پذیرفتند و مستقیم و غیرمستقیم شرایطی را فراهم کردند که ازاین‌پس، کارِ دشوار ولی شیرینِ ترجمه را جدی‌تر دنبال کنم.

بسیار ممنون خواهم شد که بنده را از نظرات نقادانه خود محروم نکنید:hsnaseri@gmail.com

پیشگفتار

آدمی در طی قرون و اعصار همواره با خطرها و تهدیدهای بسیاری همراه بوده است. این واقعیت او را واداشت که به پیش‌بینی موقعیت‌های خطرناک و تهدیدکننده بپردازد. به‌این‌ترتیب انسان به‌تدریج با آزمون‌وخطا یاد گرفت که پیش‌بینی کند در چه مواقعی با خطر رودررو می‌شود. این‌گونه بود که مغز بشر، قابلیت پیش‌بینی را در قالب حل مسئله، به یکی از مهم‌ترین توانایی‌های خود تبدیل کرد: "پیشگیری ". بر این اساس پیشگیری به‌عنوان یکی از عالی‌ترین کارکردها به‌تدریج به تکامل رسید. همین موضوع بسیاری از علوم را وا داشت که به شکل تخصصی به پیشگیری بپردازند؛ و درنهایت علم پیشگیری شکل گرفت. وظیفه‌ی این علم علاوه بر طراحی و اجرای برنامه‌هایی که به فرد و اجتماع کمک می‌کند که از بار مخاطرات خود بکاهند، این است که به تدوین سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه و قوانینی منجر شود که مانع از ایجاد آسیب‌های روانی-اجتماعی شود. تا مادامی‌که برنامه‌ها و مداخلات پیشگیرانه، سیاست‌ها، قوانین و مقررات از چارچوب‌های علمی و مبتنی بر شواهد تبعیت نکنند، تغییرات قابل‌توجهی به وجود نخواهد آمد. علاوه بر این، علم پیشگیری همچون دیگر علوم نیازمند به متخصصان و کارشناسانی است که آن را به‌پیش ببرند. با توجه به این‌که مباحث پیشگیری به شکل رسمی وارد رشته‌ها و دروس دانشگاهی نشده‌اند، طبیعتاً ضعف سرمایه‌ی انسانی در رشته‌های مختلف به‌ویژه روان‌شناسی ، جامعه‌شناسی، مدیریت و علوم سیاسی موجب شده است برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری‌های کلان، فاقد تاروپودهای پیشگیری باشند و درنتیجه درصد قابل‌توجهی از اعتبارات و منابع ملی صرف رفع آسیب‌های شکل‌گرفته گردد.

نکته‌ی قابل‌توجه در مورد کتاب *روان‌شناسی پیشگیری* این است که باوجود اهمیت پیشگیری در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقا کیفیت زندگی، این کتاب نه‌تنها اولین کتاب در این حوزه در کشور است بلکه در مقیاس جهانی نیز، اولین کتابی است که به شکلی جامع به روان‌شناسی پیشگیری پرداخته است. به‌این‌علت است که دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویانِ وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری امیدوار است با چاپ این کتاب توانسته باشد گام کوچکی در واردکردن علم پیشگیری در مباحث دانشگاهی و از آن مهم‌تر سیاست‌های عمومی کشور برداشته باشد.

دکتر حمید یعقوبی
(روانشناس بالینی، مدیرکل دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری)
بهار ۱۳۹۶

فصل ۱

مقدمه

کمتر فردی یافت می‌شود که در رابطه با فواید پیشگیری بحثی داشته باشد. ما در رابطه با اهمیت حفظ یک رژیم غذایی سالم، وزن مناسب، خواب کافی، رابطه‌ی جنسی ایمن و بی‌خطر، اجتناب از خطرات تنباکو و الکل، هرروز حداقل، فهرستی از پیام‌های مختلف را دریافت می‌کنیم. همه‌ی این تلاش‌ها به‌منظور کم اثر کردن بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی و ارتقای سلامت فردی از طریق حفظ سبک زندگی سالم در حال حاضر و آینده است. برخی از افراد قویاً به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری پایبند هستند. درحالی‌که برخی دیگر این‌گونه فعالیت‌ها را نادیده می‌گیرند. بیشتر مردم تلاش می‌کنند بخشی از فعالیت‌های ارتقایی-پیشگیرانه را با درجات مختلفی از موفقیت دنبال کنند.

علم پیشگیری به‌عنوان یک تخصص حرفه‌ای مثل تلاش‌هایی که توسط خود فرد برای ارتقای سلامت صورت می‌گیرد، دارای اهدافی است. بااین‌وجود علم پیشگیری درصدد پیشگیری از بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی و ارتقای سلامت و آسایش[1] عمومی از طریق فعالیت‌های مبتنی بر شواهد[2] در سطوح فردی و فراگیر[3] است. ازاین‌رو، پیشگیری به این دلیل مهم است که این تخصص حرفه‌ای، به بهبود و ارتقای سلامت و آسایش در جامعه از طریق ارتقای سلامت در سطوح مداخلاتی فردی و سطوح مداخله‌ای اجتماعیِ وسیع‌تر توجه می‌کند. پیشگیری، تخصصی بین‌رشته‌ای[4] است که مستلزم درک نظری، پژوهش و فعالیت‌های روشمند[5] از علوم مختلف شامل روان‌شناسی ، مشاوره، مددکاری اجتماعی، علوم تربیتی، بهداشت، اقتصاد و روابط عمومی[6] است. با

. Well-being۱

. Evidence-based۲

. systemic۳

. interdisciplinary۴

Policy action۵

. Public affairs۶

توجه به پیشرفت‌های بارز پیشگیری طی سال‌های اخیر، هدف اصلی این کتاب، ارائه پیشگیری به‌عنوان یک تخصص در روان‌شناسی و قابلیت کاربرد آن در دیگر حرفه‌های سلامت روان است.

این کتاب تألیف شده است تا شکاف بین آموزش و کارورزی[1] دانشجویان، روان شناسان ، دیگر متخصصان سلامت روان و افرادی با تخصص‌های دیگر را که علاقه‌مند به افزایش دانش و تجربه در حوزه پیشگیری هستند رفع کند. کتاب، به لحاظ منابع در حوزه پیشگیری پیش درآمدی وسیع و غنی است که در خصوص مداخلات و تحقیق در حوزه‌های مختلف طی طول عمر، توجه‌ها را به خود جلب می‌کند. محتوای کتاب مناسب دانشجویان تمامی مقاطع تحصیلی است که تمایل دارند با تاریخچه، نظریه، تحقیق و کاربرد پیشگیری آشنا شوند. این کتاب برای آن دسته از متخصصانی که آموزش و کارورزی در این حوزه نداشته و یا تجربه اندکی دارند نیز مفید است.

تعریف روان‌شناسی پیشگیری

روان‌شناسی پیشگیری اصطلاحی است که به‌منظور تأکید بر اهمیت پیشگیری در روان‌شناسی و دیگر حوزه‌های سلامت روان در این کتاب ارائه‌شده است. برخلاف دیگر حوزه‌های تخصصی در روان‌شناسی ، نظیر روان‌شناسی مرضی[2] که از شهرت بیشتری برخوردار هستند، روان‌شناسی پیشگیری در کارورزی و فعالیت‌های روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان توجه به‌مراتب کمتری را دریافت کرده است. علاوه بر این، روان‌شناسی پیشگیری برخلاف برخی دیگر از رشته‌های مطالعاتی، بر فعالیت‌های مبتنی بر شواهد تأکید می‌ورزد و از نظریات روان‌شناختی استفاده می‌کند تا سلامت و آسایش را در سطوح فردی و فراگیر پیش ببرد. روان‌شناسی پیشگیری درصدد است با استفاده از اطلاعات مرتبط، سیاست‌گذاران را مطلع کند. علاوه براین، از برنامه‌هایی حمایت می‌کند که تغییرات اجتماعی و نهادی را مدنظر قرار می‌دهند تا سلامتی و آسایش مردم افزایش یابد. تأمین اعتبار برای آموزش در اوایل دوره‌ی کودکی، برنامه‌های مدرسه-محورِ پیشگیری از مصرف الکل و مواد مخدر و قوانینی که افراد کنار گذاشته‌شده‌ی جامعه را تقویت می‌کند، نمونه‌هایی ازاین‌گونه حمایت‌ها است.

روان‌شناسی پیشگیری، در همکاری با رشته‌ها و تخصص‌های دیگر، در مداخلات مبتنی بر شواهدی مشارکت می‌کند که برای پیشگیری از آسیب‌ها و تقویت عوامل محافظ فردی و اجتماعی در برابر عوامل تنش‌زای فردی و روان‌شناختی طراحی‌شده‌اند. درنتیجه روان‌شناسی پیشگیری پایه‌های نظری و

. training۱

. Abnormal psychology۲

تحقیقات مبتنی بر مشاهده و تجربه علمی[1] را ارائه می‌کند که با حمایت از مداخلات پیشگیرانه، موجب شود مدارس، محیط‌های کار و محلات سالم بمانند.

تعریف پیشگیری

- گرچه کلمه پیشگیری معنای مشترکی در بین عوام دارد، ولی در رابطه با معنی تخصصی آن در بین متخصصان بحث‌ها و نظرات به‌مراتب بیشتری مطرح‌شده است. تا سال‌ها، تعریف کاپلان (۱۹۶۴) از پیشگیری تقریباً به شکل انحصاری، توسط متخصصان نقل‌قول می‌شد و حتی در حال حاضر نیز به شکلی گسترده استفاده می‌شود. کاپلان سه نوع از پیشگیری را مطرح کرد: سطح اولیه[2]، سطح ثانویه[3] و سطح ثالثیه[4].
- پیشگیری اولیه به مداخلاتی اشاره دارد که به این منظور طراحی شده‌اند که در بین جمعیت یا یک زیرگروه یا مجموعه، هرگز مشکلی رخ ندهد. برنامه‌های جامعِ مدرسه-محور که برای پیشگیری از خشونت و قلدری در کل مدرسه ارائه می‌شود، نمونه‌ای از پیشگیری اولیه محسوب می‌شود که به‌عنوان برنامه‌های مدرسه-محور، از مصرف مواد مخدر در بین جوانان جلوگیری می‌کند. توصیه به دریافت واکسن سرخک در نوزادان و آنفولانزای فصلی در بزرگ‌سالان، از دیگر نمونه‌های پیشگیری اولیه محسوب می‌شوند.
- پیشگیری ثانویه گروه‌هایی را هدف قرار می‌دهد که در معرض یک خطر قرار دارند. برای مثال توصیه به ماموگرافی زودهنگام در زنانی که پیشینه خانوادگی سرطان سینه دارند و یا توصیه به غربالگریِ خودکشی در نوجوانان افسرده، جز مداخلات پیشگیری ثانویه می‌باشند. هد استارت[5] یکی از برنامه‌های پیشگیری ثانویه است که برای آن دسته از کودکان خانواده‌های کم درآمدی که ممکن است در مدرسه عملکرد درسی ضعیفی داشته باشند، آموزش‌های پیش‌دبستانی و ابتدای دبستان را ارائه می‌کند.
- پیشگیری ثالثیه تلاش می‌کند اثرات آسیبی را که به‌تازگی رخ‌داده، محدود کند. برنامه‌های الکلی‌های گمنام[6]، برنامه‌های ورزشی برای کسانی که در مرحله بهبودی یک حمله قلبی‌اند و گروه‌های حمایت از

. empirical۱

. primary۲

. secondary۳

. tertiary۴

. Head Start۵

. Alcoholics Anonymous۶

زنانی که به علت خشونت خانگی خانه خود را ترک کرده‌اند، نمونه‌هایی از این نوع پیشگیری محسوب می‌شوند.

گرچه تعریف کاپلان از پیشگیری، چارچوب اولیه و مهمی را در حوزه‌های سلامت روان فراهم کرد، ولی کاوین[۱] (۱۹۸۳) مطرح کرد که جز سوم، بیشتر به درمان نزدیک است تا پیشگیری. با در نظر گرفتن بخشی از بحث‌های مطرح‌شده در رابطه با تعریف کاپلان (۱۹۶۴)، گوردن[۲] (۱۹۸۷) طبقه‌بندی سه‌گانه‌ی جایگزینی را برای پیشگیری ارائه کرد: عمومی[۳]، انتخابی[۴] و مشخص[۵].

- در طبقه‌بندی گوردن، پیشگیری عمومی اشاره به مداخلات پیشگیرانه‌ای دارد که ارزشی را به‌تمامی افراد گروه یا جمعیت ارائه می‌کند و بر این اساس شبیه به مداخلات پیشگیرانه سطح اول است. برای مثال، پیام‌های رسانه‌های جمعی که استفاده از کمربند ایمنی را به مردم متذکر می‌شوند، یکی از موارد پیشگیری عمومی است.
- پیشگیری انتخابی به مداخلاتی اشاره می‌کند که برای آن دسته از افراد یا زیرگروه‌هایی ارائه می‌شود که در ابتلا به یک اختلال، بالاتر از سطح متوسطِ خطر قرار دارند و حتی ممکن است علائم کمی را هم تجربه کرده باشند. برنامه هد استارت نمونه‌ای از مداخلات پیشگیرانه‌ی انتخابی است. مثال دیگر، محتواهای[۶] آموزشیِ درس‌های دانشگاهی تابستانی است که برای دانشجویان جدیدالورودی ارائه می‌شود که واجد شروط لازم برای پذیرش معمول در دانشگاه نبوده‌اند. سرفصل‌های تقویتی تابستانی با تقویت مهارت‌های تحصیلی دانشجو، از نمرات ضعیف یا ترک تحصیل ناگهانی پیشگیری می‌کند.
- مداخلات پیشگیریِ مشخص برای آن دسته از افراد یا گروه‌هایی است که به‌شدت در معرض یک بیماری یا رفتار آسیب‌زا[۷] قرار دارند و یا برخی از علائم آسیب را نشان داده‌اند (شورای ملی پژوهش و موسسه‌ی پزشکی[۸]، ۲۰۰۹). البته علائم در سطح زیر بالینیِ[۹] آسیب یا اختلال قرار دارند. یک نمونه از مداخلات پیشگیری مشخص، توجه به مصرف مشروبات الکلی در دانش‌آموزان دبیرستانی است که

. Cowen۱

. Gordon۲

. universal۳

. selective۴

. indicated۵

. curriculum۶

. Problem behavior۷

. National Research Council and Institute of Medicine۸

۹. Subclinical: (منظور از علائم زیر بالینی، تعداد علائمی است که کمتر از علائم لازم برای تشخیص یک اختلال است)

زودهنگام مصرف الکل را آغاز کرده‌اند. مثال دیگر، گروه حمایتی از کسانی است که اخیراً همسر خود را ازدست‌داده‌اند و تنهایی و علائم افسردگی را تجربه می‌کنند.

همان‌طوری که مثال‌ها نشان دادند، تمایز بین پیشگیری انتخابی و مشخص کمی دشوار به نظر می‌رسد؛ طبق طبقه‌بندی کاپلان، می‌توان این دو نوع را پیشگیری سطح دوم در نظر گرفت. گرچه کانین[1] (۲۰۰۴) مطرح کرد که ممکن است طبقه‌بندی‌های تاریخیِ پیشگیری، سودمندی خود را ازدست‌داده باشند، ولی کمیته‌ی پیشگیری از اختلالات روانی وابسته به موسسه‌ی پزشکی (مِرازیک[2] و هَجِرتی، ۱۹۹۴) در نسخه کلاسیک خود چارچوب پیشگیری گوردن را پذیرفت. این کمیته فقط آن دسته از مداخلات را به‌عنوان پیشگیری پذیرفت که پیش از آغاز مشکل یا بیماری صورت پذیرفته باشد. درنتیجه کمیته پیشگیری از اختلالات روانی، مداخلات پیشگیرانه‌ی ثالثیه را در پیوستار پیشگیری در نظر نگرفت.

طبقه‌بندی‌های کاپلان (۱۹۶۴) و گوردن (۱۹۸۷) در اصل، برای پیشگیری از بیماری‌های جسمانی در مدل سلامت عمومی مطرح شد. این دو مدل در مورد پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی و مسائل رفتاری مطرح نشدند. درنتیجه وقتی‌که این طبقه‌بندی‌ها در رابطه با سلامت روان و مسائل رفتاری به کار گرفته شدند، محدودیت‌هایی را نشان دادند. برای مثال، در مورد اقدامات پیشگیرانه‌ی سلامت روان، پیشگیری اولیه و عمومی (همان‌طوری که گفته شد، جلوگیری از این‌که مشکلی هرگز رخ ندهد) دارای محدودیت‌هایی است و آن‌چنان‌که باید واقع‌گرایانه نیست. برای مثال، ممکن است افسردگی و اضطراب در مراحل مختلف عمر رخ دهد و متخصصان سلامت روان، فرض بر این ندارند که می‌توانند به‌گونه‌ای پیشگیری کنند که افسردگی و اضطراب هیچ‌گاه به وجود نیاید، به‌ویژه به همان شیوه‌ای که واکسن، نوزادان را در برابر بیماری ایمن می‌کند. علاوه بر این، طبقه‌بندی‌های سنتی به این دلیل مشکل دارند که در برخی از موقعیت‌ها و برخی از سنین، تعیین این‌که چه کسی در معرض خطر است و بیشترین سود را از مداخلات پیشگیری ثانویه، انتخابی یا مشخص خواهد برد، دشوار است. درنتیجه باوجودیکه همه‌ی دانش‌آموزان به شکلی یکسان در معرض رفتارهای آسیب‌زا قرار ندارند، ولی بسیاری از برنامه‌های مدرسه–محور در همه‌ی سطوح و برای همه‌ی آنان ارائه می‌شود. به همین ترتیب پیام‌های پیشگیری عمومی و اولیه‌ی رسانه‌ها با هدف منصرف کردن مردم از انجام رفتارهای پرخطر و ناسالم برای همه ارائه می‌شود، بدون این‌که به سطوح مختلفِ در معرضِ خطر بودن افراد دقت شود. فرض بر این است که همه، از پیام‌های پیشگیرانه‌ی عمومی سود می‌برند. ممکن است این مطلب در مورد برخی از پیام‌ها (نظیر "کمربند ایمنی

. conyne۱

. Mrazek & Haggerty۲

خود را ببندید.") صحت داشته باشد و در مورد برخی دیگر از پیام‌ها (نظیر "رابطه‌ی جنسی بی‌خطر داشته باشید.") این‌گونه نباشد.

همان‌طوری که گفته شد تعاریف تاریخچه‌ایِ پیشگیری دارای محدودیت است. درنتیجه به‌منظور گسترش تعریف و مفهوم‌سازی پیشگیری، رومانو و هیگ[1] (۲۰۰۰ ب) تعریفی پنج‌بخشی را مطرح کردند: (۱) به‌گونه‌ای مشکل را متوقف کنید که هرگز رخ ندهد (شبیه به پیشگیری اولیه و عمومی)؛ (۲) بروز مسائل وابسته به سن را به تأخیر اندازید (مثل حاملگی در دوره نوجوانی) یا در رابطه باکسانی که در معرض یک آسیب هستند، مداخله کنید (شبیه به پیشگیری ثالثیه، انتخابی و مشخص)؛ (۳) تأثیر آسیب فعلی را کاهش دهید (شبیه به پیشگیری ثالثیه)؛ (۴) دانش، نگرش، رفتارها و مهارت‌های افراد یا گروه‌ها را به‌منظور افزایش ایمنی در برابر آسیب‌ها و اختلالات افزایش دهید (مثلاً آموزش رابطه‌ی جنسی ایمن به نوجوانان به‌منظور محافظت در برابر بیماری‌های جنسی و حاملگی ناخواسته، آموزش سلامتی و تندرستی به مردان و زنان میان‌سال به‌منظور پیشگیری از مسائل سلامتی در سالمندی)؛ و (۵) حمایت و جانب‌داری از مؤسسات، تشکل‌ها و برنامه‌های دولتی که سلامت جسمانی، روان‌شناختی و تندرستی را ارتقا می‌دهند (نظیر حمایت از قوانینی که مصرف سیگار در مکان‌های عمومی را ممنوع می‌کند، استفاده از موضوعات پیشگیری به‌منظور آگاهی دادن به برنامه ریزان در مورد اثرات احتمالی برنامه‌ای خاص بر محل زندگی افراد، همکاری با شرکای محلی و مؤسسات دولتی به‌منظور یافتن سرمایه برای برنامه‌های محلی که هدف آن پیشگیری از آسیب‌ها و ارتقای سلامت جسم و روان است).

تعریف پیشگیری از وقتی‌که مفهوم‌سازی‌های آن توسط کاپلان (۱۹۶۴) و گوردن (۱۹۸۷) عمومیت یافت، تکامل‌یافته و از آن زمان موضوعات و چشم‌اندازهایی که تحت پوشش پیشگیری قرار می‌گیرند گسترش‌یافته‌اند (کانین، ۲۰۰۴؛ رومانو و هیگ، ۲۰۰۰ ب). شورای ملی پژوهش و کمیته پیشگیری از اختلالات روانی و مصرف مواد در بین کودکان، نوجوانان و جوانان وابسته به انستیتو پزشکی (۲۰۰۹) مداخلات پیشگیری را آن دسته از مداخلات تعریف کرد که پیش از ظهور یک مشکل اِعمال می‌شوند. ضمن این‌که این کمیته اهمیت عوامل محافظ و خطر در پیشگیری یا کاهش رفتارهای آسیب‌زا را موردتوجه قرار داد. حجم پژوهش‌های مربوط به عوامل خطر و محافظ در اقدامات پیشگیرانه در مقایسه با فعالیت‌های اولیه‌ای که توسط کمیته پیشگیری از اختلالات روانیِ موسسه پزشکی (مرازیک و هجرتی، ۱۹۹۴) انجام شد، به شکل قابل‌توجهی افزایش یافته است.

علاوه بر این، حمایت گیری و عدالت اجتماعی در تلاش است که برابری، توانمندسازی و ایجاد فرصت به‌عنوان راهبردهای مهمِ پیشگیرانه محسوب شوند تا زندگی افراد تقویت شود و از طریق تغییرات فراگیر و

---

1. Romano & Hage

نهادی، از اختلالات پیشگیری شود (آلبی، ۱۹۹۶، ۲۰۰۰؛ کنی، هورن، اُرپیناس و ریز، ۲۰۰۹ الف؛ ورا و مکنی، ۲۰۱۳). درنتیجه، در این کتاب، پیشگیری به شکلی وسیع مفهوم‌سازی شده است تا پیشگیری و کاهش آسیب در رفتارهای فردی و گروهی از دو طریق محقق شود؛ ۱- تضعیف متغیرهایی که افراد و گروه‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهند؛ ۲- تقویت متغیرهایی که آنان را در برابر آسیب‌ها محافظت می‌کنند. علاوه بر این، فعالیت‌هایی که تغییرات نهادی و فراگیر را به‌گونه‌ای ارتقا می‌دهند که موجب افزایش سلامتی و آسایش شوند، به‌عنوان راهبرد کلیِ پیشگیری محسوب شده و تقویت می‌شوند. طی فصل‌های ارائه‌شده، مواردی که تعریف مفهومی ذکرشده از پیشگیری را مدنظر قرار داده‌اند، موردبحث قرار می‌گیرند.

چشم‌انداز نویدبخش پیشگیری در قرن ۲۱

تاریخچه پیشگیری در تخصص‌های سلامت روان آن‌گونه که در فصل ۲ این کتاب ارائه خواهد شد، نشان می‌دهد چگونه این تخصص طی قرن‌های ۲۰ و ۲۱ رشد کرده است. در ادامه به موارد مهم آن پرداخته می‌شود. پیشگیری در حوزه سلامت روان به لحاظ تاریخی با موانع متعددی مواجه بوده است که شامل تأکید بر درمان و مداخلات مراقبت در بحران، نبود بودجه برای تحقیقات و برنامه‌های پیشگیری، کمبود آموزش در برنامه‌های آموزش دانشگاهی در حوزه پیشگیری و نبود پیش‌نیازهای لازم در دانش پیشگیری و آموزش مهارت‌های تحت نظارت در دستورالعمل‌های مجوزهای حرفه‌ای است. همان‌طوری که در این قرن چندین دانشمند مطرح کرده‌اند (آلبی، ۲۰۰۰؛ کانین، ۲۰۰۴؛ کنی و همکاران، ۲۰۰۹ الف؛ رومانو و هیگ، ۲۰۰۰ الف)، این دوره، زمانی مناسب برای تأکید روزافزون و مجدد بر پژوهش، کاربرد و کارآموزی‌های پیشگیری است. البته در فصل‌های بعدی، این موارد بیشتر بررسی خواهند شد.

خوشبختانه کاربردهای روان‌شناسی پیشگیری طی سال‌های اخیر با افزایش محبوبیت مواجه شده است. برای مثال قانون حمایت از بیمار و مراقبتِ در دسترس[1] در ایالات‌متحده‌ی آمریکا در سال ۲۰۱۰ برای ارتقای سلامت، آسایش و پیشگیری از بیماری‌ها در سنین مختلف، خدمات پیشگیرانه‌ای را ارائه کرده است. این خدمات شامل پیشگیری از افسردگی، بیماری‌های مقاربتی و خشونت‌های بین فردی است. علاوه بر این، راهبرد ملی پیشگیری دولت آمریکا (شورای ملی پیشگیری، ۲۰۱۱) اهمیت پیشگیری طی چرخه زندگی با تمرکز جامع بر فرد و دستگاه‌ها در جامعه را مطرح می‌کند (شکل ۱. ۱). درنهایت این‌که انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۲۰۱۳ تحت عنوان *راهنمای پیشگیری در روان‌شناسی* اولین سند را در نوع خود تصویب کرد (پیوست الف). چارچوب پیشگیری ذکرشده، از مقاله‌ای با موضوع بهترین تجربیات در پیشگیری اقتباس شد (هیگ و همکاران، ۲۰۰۷).

---

1. Patient protection and affordable care

گرچه مشخص است آسیب‌ها قابل‌پیشگیری هستند و می‌توان عوامل محافظ را تقویت نمود، ولی این‌که در قرن ۲۱ چگونه می‌توان در این حوزه، به بهترین شیوه عمل کرد، کماکان به‌عنوان یک چالش باقی خواهد ماند. پیشرفت در علم اعصاب، ژنتیک و دستاوردهای فن‌آوری، آشکارا بر ظرفیت[۱] دانشی و مهارتی موردنیازِ متخصصان پیشگیری حین طراحی مداخلات پیشگیرانه برای تمام مقاطع زندگی خواهد افزود.

راهبرد ملی پیشگیری



شکل ۱-۱: راهبرد ملی پیشگیری آمریکا: برنامه آمریکا برای سلامتی و آسایش بیشتر، مأخذ: شورای ملی پیشگیری، وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا ، دفتر خدمات سلامت عمومی، ۲۰۱۱. واشنگتن دی سی،

این کتاب

این کتاب مروری است بر علم پیشگیری و راهنمایی‌های عملی برای آن دسته از کسانی که مایل‌اند دانش و درک خود از پیشگیری، طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه را افزایش دهند. در این کتاب، تاریخچه پیشگیری،

. Repertoire۱

نظریات و تحقیقات مهم در این حوزه تخصصی مرور می‌شود. علاوه بر این، در ده فصل کتاب، موارد متعددی از به‌کارگیری پیشگیری در موقعیت‌ها و گروه‌های سنی مختلف توصیف می‌شود. مواردی که در این کتاب برجسته شده است شامل اخلاق در حوزه پیشگیری، کارورزی متخصصان و چالش‌های بودجه‌ای و فرصت‌ها است. باوجودی که مدنظر است این کتاب در ابتدا متخصصان سلامت روان و دانشجویان مشغول به کارورزی را جذب خود کند، ولی با توجه به این‌که پیشگیری یک تخصص بین‌رشته‌ای است، لازم است متخصصان و دانشجویان رشته‌های دیگری نظیر تعلیم و تربیت، پرستاری، سلامت عمومی و سیاست‌گذاری عمومی که در حرفه‌ی پیشگیری نقش دارند، به آن جذب شوند.

در فصل ۲ زمینه‌ی تاریخیِ پیشگیری در علوم پزشکی و رفتاری ارائه می‌شود. در فصل ۳ نظریه‌های مهم تغییر رفتار مرور می‌شوند که به‌کرات در راهبری مداخلات پیشگیرانه استفاده‌شده‌اند. در فصل ۴ عوامل محافظ مطرح می‌شوند که در پیشگیری، موجب ارتقای سلامت روان و آسایش می‌شوند. فصل ۵، از افزایش توجه به برنامه‌های مبتکرانه‌ای حمایت می‌کند که تغییرات نهادی و اجتماعیِ مرتبط با سلامت و آسایش جامعه را افزایش داده است. این‌گونه برنامه‌ها اغلب با مباحث عدالت اجتماعی همپوشانی دارند که مرتبط با توانمندسازی گروه‌های محروم و کاهش نابرابری در تحصیل و آموزش است. در فصل‌های ۶ و ۷ نمونه‌هایی از مداخلات پیشگیری در موقعیت‌های آموزشی، اجتماعی و پزشکی ارائه می‌شود. در فصل ۸ توصیه‌های عملیاتی برای طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری ارائه می‌شود. در فصل ۹ موارد حرفه‌ای نظیر اخلاق، کارورزی و اعتبارات مالی به‌عنوان موارد مرتبط با علم پیشگیری و اجرای آن بحث می‌شود. درنهایت در فصل ۱۰، چشم‌اندازهای آتی در علم پیشگیری بررسی می‌شود. ضمیمه الف شامل "راهنمای پیشگیری در روان‌شناسی " است که توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مطرح‌شده است. ضمیمه ب فهرست مفصلی از منابع را شامل می‌شود که برای متخصصان پیشگیری قابل‌استفاده خواهد بود.

فصل۲

تاریخچه پیشگیری

در رابطه با تکامل پیشگیری، آن‌گونه که طی قرن بیستم در حوزه سلامت روان به کار گرفته شد، چند مؤلف، سوابق دقیقی را به رشته‌ی تحریر درآورده‌اند (برای مثال، کانین، ۲۰۱۳؛ دانکن، ۱۹۹۴؛ مرازیک و هجرتی، ۱۹۹۴؛ رومانو و هیگ، ۲۰۰۰ ب؛ اسپالدینگ و بالچ[1]، ۱۹۸۳). حتی کِنی و رومانو (۲۰۰۹) مفهوم پیشگیری را از دوران باستان تا قرن ۲۱ ره‌گیری کردند. گرچه پیشینه‌ای تا این حد موجز در این کتاب تکرار نمی‌شود، ولی رخدادهای مهم پیشگیری در روان‌شناسی و دیگر حوزه‌های سلامت روان طی صدسال گذشته مؤکداً مطرح خواهند شد، به‌ویژه رخدادها و جنبش‌هایی که در برخی از سوابق اولیه حذف‌شده است. همان‌طوری که مشهود است، طی تاریخ پیشگیری جنبش‌های اجتماعی، اقدامات سیاسی و رشد حرفه‌های سلامت روان همگی با یکدیگر تلاقی می‌یابند.

ابتدای قرن بیستم و ارتقای سلامت روان

بسیاری از مؤلفان، تاریخ مدرنِ پیشگیری از اختلالات روانی را با جنبش بهداشت روان آغاز می‌کنند که توسط کلیفورد بیرز[2] در اوایل قرن بیستم به وجود آمد. بیرز، دانش‌آموخته دانشگاه ییل که مبتلابه اختلال روانی بود، خودزندگی‌نامه‌ای تحت عنوان "ذهنی که خود را بازیافت "[3] نوشت. این کتاب حاوی تجربیات دردناکش به‌عنوان یک بیمار در مؤسسات نگهداری از بیماران روانی بود. در این کتاب کلاسیک، بیرز سوءاستفاده‌های جسمی و روانی را توصیف کرد که خود و دیگر بیماران در چندین موسسه نگهداری از دیوانگان[4] (اصطلاحی که در آن دوران برای توصیف بیماری روانی استفاده می‌شد) تجربه کرده بودند. به‌عنوان نتیجه‌ی کتاب

. Spaulding & balch۱

. Cliford beers۲

۳. A mind found itself(این کتاب به فارسی ترجمه شده است. م)

. insane۴

خودزندگی‌نامه‌ایِ بیرز، دیگر اصلاح‌طلبان اجتماعی، کمیته ملی بهداشت روان[1] (در حال حاضر سلامت روان آمریکا نامیده می‌شود) را در سال ۱۹۰۹ شکل دادند. لانگ[2] (۱۹۸۹) تاریخچه‌ی جالبی از بهداشت روان و جنبش سلامت روان در ایالات‌متحده‌ی آمریکا را نگارش کرد. خانم لانگ اولین جلسه‌ی عمومی کمیته ملی بهداشت روان را توصیف کرد که در سال ۱۹۱۰ و با عنوان "پیشگیری از دیوانگی " تشکیل شد. نزدیک به صد نفر متخصص و غیرمتخصص که در این نشست شرکت کرده بودند، نگران افزایش سریع دیوانگی و به هدر رفتن بودجه مراقبت از افراد مبتلا در ایالت نیویورک بودند. نظرات مطرح‌شده در این نشست روشنگرانه بود چراکه به بیماری‌های روان‌شناختی و چگونگی پیشگیری از آنان پرداخت که نشانگر افکار آن دوران است. جالب است که این مباحث کماکان ادامه دارد. لانگ به‌منظور ارائه ذهنیت شرکت‌کنندگان، بخش‌هایی از آن جلسات را مطرح کرد (انجمن ایالتی کمک‌های خیریه، ۱۹۱۰): "پیشگیری از دیوانگی ... نه‌تنها جلوگیری از ورود میکروب‌ها و مواد سمی به بدن را ایجاب می‌کند، بلکه توجه به مواردی نظیر وراثت و کنترل روابط پیچیده اجتماعی را می‌طلبد " (ص ۹). لانگ به این موضوع اشاره نمود که سخنرانان در مورد اعتیاد به الکل و مواد مخدر، سفلیس و تأثیر خستگی و استرس به‌عنوان عوامل عِلی نیز سخنرانی کردند. آنان تأکید داشتند که استرس و فشار روانی اغلب " به علت شرایط محیطی نامناسب نظیر مسکن، پوشاک، شغل، تفریح، غذا و الگوهای فکری است "(ص، ۹). پیشگیری به شکلی امیدوارکننده در آن جلسه توسط دکتر استارک[3]، استاد برجسته نورولوژی از دانشگاه کلمبیا، حمایت شد. او مطرح کرد که با درمان و مراقبت مناسب، دیوانگی قابل‌پیشگیری است، به‌این‌ترتیب که "اگر این اقدامات نسبتاً به‌موقع در زندگی اِعمال شوند...احتمال پیشگیری از ۳۵٪ از موارد دیوانگی وجود دارد " (ص ۱۰).

در سال ۱۹۱۳، اولین کلینیک بهداشت روان سرپایی در کنتیکت تأسیس شد. مجله بین‌رشته‌ای بهداشت روان که شورای نویسندگان اولیه آن، تحت تأثیر روان‌پزشکان بودند، برای نخستین بار در سال ۱۹۱۷ چاپ شد. تمامی این تلاش‌ها آگاهی عمومی در مورد بیماری‌ها و اختلالات روانی را به میزان قابل‌توجهی افزایش داد؛ و رهبران، از درمان‌های انسانی و ارتقا یافته در افراد مبتلابه اختلالات روانی به‌شدت حمایت کردند. علاوه بر این، صاحب‌نظران اطلاع‌رسانی درباره اهمیت سلامت روان (آن‌گونه که در اصطلاح بهداشت روان منعکس شد) و پیشگیری از بیماری‌های روانی را آغاز کردند.

در دهه ۱۹۲۰، کمیته ملی بهداشت روان به تأسیس کلینیک‌های راهنمایی کودک کمک کرد. این‌گونه موارد متأثر از تلاش‌های روان‌پزشکانِ اروپایی تباری نظیر آدولف مِیِر و آلفرد آدلر بود. میر، درمان جامع بیمار و درک محیط او را مطرح کرد. نظریات آدلر درزمینه‌ی شخصیت، تأکید بارزی بر پیشگیری و ارتقای سلامت داشت که

---

[1] . National committee for mental hygine

[2] . long

[3] . stark

شامل حمایت از آموزش والدین و خدمات اجتماعی بود. جنبش ارزیابی روان‌شناختی در دهه ۱۹۲۰ و به‌ویژه طی ارزیابی استعداد و هوشِ نیروهای مسلح در جنگ جهانی اول موردتوجه قرار گرفت.

در رابطه با دوره آغازین جنبش بهداشت روانی، فرانک پارسُنز[۱] (۱۹۰۹) کتابی را تحت عنوان *انتخاب شغل* نگاشت که در حال حاضر کتابی کلاسیک محسوب می‌شود. درنتیجه، تخصصِ راهنمایی شغلی به وجود آمد؛ و تقریباً در همان زمان، اولین شعبه راهنمایی شغلی در بوستون تأسیس شد. جنبش راهنمایی شغلی، اهمیت کمک به افراد در یافتن شغل مناسب را مطرح کرد. این مسئله در حالی رخ داد که ایالات‌متحده‌ی آمریکا سریعاً در حال صنعتی شدن بود و مردم به‌منظور یافتن فرصت‌های شغلی، گروه –گروه از شهرستان‌های کوچک و مناطق روستایی به شهرها سرازیر می‌شدند. در سال ۱۹۱۳، انجمن ملی راهنمایی شغلی شکل گرفت و به‌منظور کمک به دانش‌آموزان در تصمیم‌گیری درباره یافتن شغل پس از پایان تحصیلات، در دبیرستان‌های کشور کلاس‌های راهنمایی شغلی ارائه شد (اشمیت، ۲۰۰۸). جنبش راهنمایی شغلی موجب ارتقای تخصص‌های روان‌شناسی و مشاوره شد که پیشگیری به‌عنوان مهم‌ترین جز مأموریت‌های شغلی این حرفه‌ها محسوب می‌شد. این‌گونه تخصص‌ها، اخیراً توسط چندین سازمان نظیر انجمن مشاوره‌ی آمریکا، انجمن ملی رشد شغلی، انجمن مشاوره در مدارس آمریکا و جامعه روان‌شناسی مشاوره (بخش ۱۷ انجمن روان‌شناسی آمریکا) حمایت‌شده است.

طی دهه ۱۹۳۰، اجلاس سلامت و مراقبت از کودک که در کاخ سفید برگزار شد، برای پرداختن به عوامل اجتماعی و محیطی تأثیرگذار بر سلامت و آسایش کودکان، افزایش توجه بر مراقبت را توصیه نمود (مرازک و هجرتی، ۱۹۹۴). البته به عقیده این دو محقق، تعهد به پیشگیری در ایالات‌متحده‌ی آمریکا طی همان دهه‌ای که رویکرد بیماری–درمان در حال نفوذ بود، کاهش یافت. به نظر آنان شرکت‌های بیمه این وضعیت را تقویت می‌کردند. متأسفانه تأکید بر مداخلات درمانی و فوریتی به‌عنوان روش‌های اولیه در ارائه مراقبت‌های مربوط به سلامت روان‌شناختی و جسمانی با سیاست‌های بازپرداخت بیمه‌ای موافق با درمان تا قرن ۲۱ ادامه یافته است.

علاوه بر این، طی دهه ۱۹۳۰ آمریکا شاهد گسترش جریان اصلاح نژاد[۲] بود. این جریان به‌عنوان راهی برای پیشگیری از اختلالات جسمانی و روانی، از عقیم‌سازی و منع تولیدمثل در بین معلولان جسمی و روانی حمایت می‌کرد. بسیاری از ایالات در راستای حمایت از این امر، قوانینی را مصوب کردند. از این جریان به‌عنوان یکی از شرم‌آورترین جریان‌های مطرح‌شده در حمایت از پیشگیری یاد می‌شود. گلوگر[۳] (۱۹۹۹) پیشینه جریان اصلاح نژادی در ایالت ورمونت از اواخر قرن نوزدهم تا اواسط قرن بیستم را در کتاب خود تحت عنوان "پرورش ورمونتی های اصلح‌تر: پروژه اصلاح نژاد در ایالت گرین مانتِن "[۴]، به تفضیل شرح داده است. کتاب از زوایای بسیاری،

. Frank parsons۱

. eugenics۲

. gallagher۳

. Breeding better Vermonters: eugenics project in the green mountain state۴

آموزنده است، ولی ازنظر چارچوب تاریخی در حوزه ارتباط بین علم، اخلاق اجتماعی، نژاد، فرهنگ و اصول اخلاقی در جنبش‌های اجتماعی، کتاب خاصی است. با توجه به افزایش تحقیق و کاربرد علم ژنتیک انسانی و موارد اخلاقی آن در قرن ۲۱، مطالعه جریان اصلاح نژادی می‌تواند آموزنده باشد. خوشبختانه، فعالیت‌های مربوط به اصلاح نژاد در ایالات‌متحده‌ی آمریکا غالب نشد، گرچه، اصلاح نژاد اساس برنامه خوفناک آلمان نازی برای ریشه‌کن کردن یهودیان و دیگر گروه‌ها بود.

دولت آمریکا: ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها

طی دهه‌های چهل و پنجاه میلادی ایالات‌متحده‌ی آمریکا شاهد بازگشت تمرکز بر سلامت روان بود. در سال ۱۹۴۶ قانون ملی سلامت روان توسط کنگره آمریکا مصوب شد و به امضای رئیس‌جمهور وقت آمریکا- ترومن- رسید. این قانون، موسسه ملی سلامت روان[۱] را با مأموریت بررسی علل و درمان بیماری‌های روان‌شناختی به وجود آورد. امید می‌رفت که این موسسه تحقیقات حوزه سلامت روان را ارتقا و قوت دهد تا به‌تدریج منجر به پیشگیری از بیماری‌های روان‌شناختی گردد. قانون سلامت روان، به‌نوبه خود اولین قانونی محسوب می‌شود که بر سلامت روان شهروندان آمریکایی متمرکز شد. با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در بین سربازانی که بعد از جنگ جهانی دوم به خانه بازمی‌گشتند، این قانون شکل گرفت.

علاوه بر موسسه‌ی ملی سلامت روان، یکی دیگر از مؤسسات فدرال، مرکز بیماری‌های واگیردار[۲] است که در سال ۱۹۴۶ با ایجاد دفاتری در شهر آتلانتا واقع در ایالت جرجیا تأسیس شد. این مرکز از چندین موسسه‌ی دوران جنگ به وجود آمد. این مؤسسات طی جنگ جهانی دوم با بیماری‌هایی نظیر مالاریا و تب تیفوئیدی مقابله می‌کردند. مرکز بیماری‌های واگیردار طی سال‌های آغازین بر مقابله با مالاریا متمرکز بود، ولی در سال ۱۹۵۷ پیشگیری از سایر بیماری‌های مسری، به‌ویژه بیماری‌های مقاربتی را هم در دستور کار خود قرار داد؛ و در سال ۱۹۶۰ نیز کنترل بیماری سل به فعالیت‌های آن افزوده شد. در سال ۱۹۶۷ این مرکز، به نام مرکز ملی بیماری‌های واگیردار تغییر نام داد و در سال ۱۹۸۰ نام آن مجدداً به‌عنوان سابق خود یعنی مراکز کنترل بیماری‌ها تغییر کرد. با تصویب قانون کنگره آمریکا در سال ۱۹۹۲ مصوب شد که نام فعلی آن یعنی مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها بکار رود. به‌منظور مقاصد تشخیصی، کنگره دستور داد که سرواژه[۳]CDC باقی بماند. این مرکز در حال حاضر به شکلی گسترده با همین عنوان شناخته می‌شود. مراکز کنترل بیماری‌ها تحت مدیریت وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا قرار دارد و مسئول ارتقای سلامت و آسایش شهروندان از طریق مجموعه‌ای از برنامه‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی است. مأموریت مراکز کنترل بیماری‌ها از

. National institute of hental health۱

. Communicable disease center۲

. acronym۳

زمان ایجاد آن در سال ۱۹۴۶ به شکل قابل‌توجهی گسترده شده است که شامل موضوعات اجتماعی و مشکلات مختلف حوزه سلامتی است. برای مثال، طیف موارد مربوط به سلامتی که توسط این مرکز موردتوجه قرار گرفته است شامل موضوعات اضطراری حوزه سلامت (نظیر آنفلوانزای فراگیر از نوع[1] اچ.یک. ان.یک)، آمادگی ملی در برابر بلایا، محیط کار سالم و تأثیر ارتقای سلامت و پیشگیری ورای مرزهای ایالات‌متحده‌ی آمریکا است. علاوه بر این، مراکز کنترل بیماری‌ها، به‌منظور ارتقای سلامت و آسایش، پیشگیری از اختلالات جسمانی و فشارهای روان‌شناختی و بهبود شرایط اجتماعی مضر، از تحقیقات تجربی حمایت می‌کند. مثال‌های این‌گونه تحقیقات شامل پیشگیری از خشونت در دوران نوجوانی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، ترک سیگار و بدرفتاری با کودک[2] است.

یکی دیگر از مؤسسات مهم دولتی آمریکا که به پیشگیری پرداخته است، خدمات سلامت عمومی آمریکا[3] است که توسط دفتر خدمات سلامت عمومی[4] دولت آمریکا مدیریت می‌شود. ره‌گیری تاریخچه خدمات سلامت عمومی آمریکا به سال ۱۷۹۸ برمی‌گردد. در سال ۱۸۷۰ نیز دفتر خدمات سلامت عمومی تأسیس شد. گرچه در ابتدا اداره‌ی خدمات سلامت عمومی آمریکا به‌عنوان یک موسسه دولتی مستقل، شکل گرفت، ولی در سال ۱۹۵۳ به بخشی از وزارت سلامتی، آموزش و بهزیستی بدل شد که در حال حاضر نیز جزئی از وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا است.

دفتر خدمات سلامت عمومی دولت آمریکا قویاً از ارتقای سلامت و پیشگیری از رفتارهای ناسالم مربوط به سبک زندگی حمایت می‌کند. گزارش شاخص این دفتر در رابطه با سیگار و سلامتی، اولین سندی بود که به شکلی گسترده منتشر شد. این سند به ارتباط بین سیگار، سرطان و دیگر بیماری‌ها پرداخت. طی ۵۰ سال گذشته، این سند شالوده بسیاری از سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری از سیگار و ترک آن بوده است. فعالیت‌های فعلی شامل برچسب‌های هشداردهنده بر روی پاکت سیگار در رابطه با خطرات آن، ممنوعیت تبلیغات سیگار و فروش آن به نوجوانان و جوانان و منع مصرف سیگار در مکان‌های عمومی است. به‌منظور پیشگیری از اثرات مضر دود غیرمستقیم[5] سیگار در کارکنان و مشتریان، کالیفرنیا اولین ایالتی است که مصرف سیگار در کافه‌ها و رستوران‌ها را از سال ۲۰۰۰ ممنوع کرد. از آن موقع، چندین شهر و ایالت دیگر هم این‌گونه قانون‌گذاری‌ها را اعمال کرده‌اند، گرچه هیچ‌یک بدون بحث و منازعات سیاسی نبوده‌اند.

---

۱. pandemic

۲. maltreatment

۳. The U.S public health service

۴. Sergeon General

۵. Secondhand smoke

دفتر خدمات سلامت عمومی اولین گزارش سلامت ملی را در سال ۱۹۷۹ چاپ کرد. در این گزارش که *مردم سالم: گزارش دفتر خدمات سلامت عمومی در مورد ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها* نامیده شد، اهداف و توصیه‌های سلامت ملی ارائه شد تا سلامت عمومی در طول عمر از نوزادی تا دوران سالمندی بهبود یابد. این گزارش اهمیت خدمات پیشگیرانه‌ی سلامتی (نظیر مراقبت‌های پیش از تولد) و ارتقای سلامت فردی (نظیر خوردن مواد مغذی، پرهیز از مصرف سیگار) را مورد تأکید قرار داد. از سال ۱۹۷۹، گزارش‌های *مردم سالم* هر ده سال در سال‌های ۱۹۹۰، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۰ چاپ‌شده است (وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا ، ۲۰۱۱). یکی از اهدافی که در گزارش سال ۲۰۱۰ ذکر شد از بین بردن نابرابری در آمریکا بود، به‌گونه‌ای که همه شهروندان ورای نژاد، فرهنگ، سن، جنسیت، یا وضعیت اقتصادی، دسترسی برابری به مراقبت‌های بهداشتی در حوزه‌های جسمانی و روان‌شناختی داشته باشند. وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا(۲۰۱۰ ب) گزارش *مردم سالم* در سال ۲۰۲۰ را چاپ کرد که دستور کار ده‌ساله برای بهبود سلامت ملی را شامل می‌شود.

اولین گزارش جامع دفتر خدمات سلامت عمومی درباره سلامت روان در آمریکا در سال ۱۹۹۹ چاپ شد (وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا، ۱۹۹۹). این گزارش آگاهی عمومی درباره‌ی سلامت روان و آسایش و ارتباط این دو در بهبود سلامتی عمومی کشور را افزایش داد. در این گزارش از رویکرد علمی و تجربی در بررسی طیف کامل موارد مربوط به‌سلامت روان استفاده شد: ارتقای سلامت روان، پیشگیری از بیماری‌های روان‌شناختی و درمان مشکلات سلامت روان در طول عمر. این سند پنج مضمون اصلی دارد.

- اول این‌که ارتقای سلامت روان و پیشگیری از بیماری‌های روان‌شناختی مستلزم رویکرد عمومی به سلامت است. این نوع رویکرد، نه‌تنها تشخیص و درمان بیماری را در برمی‌گیرد بلکه مطالعات همه‌گیرشناسیِ جمعیت به‌منظور پیشگیری از اختلالات را هم شامل می‌شود. این رویکرد، سلامتی و آسایش را ارتقا می‌دهد و دسترسی به خدمات را افزایش داده و آنان را ارزیابی می‌کند (لست والاس[1]، ۱۹۹۲).
- دوم، اختلالات روانی ناتوان‌کننده هستند و هزینه‌ای که بر افراد و کل کشور وارد می‌کنند به میزان قابل‌توجهی، ناچیز انگاشته شده است.
- سوم، مفاهیم سلامت روان و بیماری روانی در یک پیوستار کارکردی در نظر گرفته می‌شوند. سلامت روان به این موضوع اشاره می‌کند که وظایف زندگی نظیر سازنده بودن، ایجاد روابط بین فردی سالم و توانایی مواجهه با تغییر و ناملایمات به‌خوبی انجام شود. بیماری روانی به تمامی اختلالات روانی قابل‌تشخیص اشاره دارد که به تغییر در خلق، افکار و رفتارهایی بیانجامد که موجب عملکرد ضعیف می‌شوند.

---

1. Last & wallace

- چهارم، ذهن و بدن و سلامت تن و جان از یکدیگر جدایی‌ناپذیرند. جدایی‌ناپذیری سلامت تن و جان در سلامت عمومی یک فرد و سلامت یک ملت بسیار حائز اهمیت است.
- پنجم، تأثیرات اساسی حاصل از بدنامی[1] اختلالات روانی بر مراقبت‌های سلامت روان از چند بعد در جریان است. بدنامی و فقدان درک اختلالات روان‌شناختی مانع از این می‌شود که مردم درصدد دریافت کمک‌های روان‌شناختی برآیند. این موضوع منجر به کاهش سرمایه‌گذاری در درمان‌های اختلالات روان‌شناختی و خدمات پیشگیرانه می‌شود. افزون بر این، بدنامی و سو تفاهم می‌تواند موجب طرد افراد مبتلا به اختلالات روانی، از خانواده و محل زندگی‌شان گردد.

در گزارش تکمیلی بعدی که بر سلامت روان و فرهنگ و نژاد و قومیت متمرکز بود، مضمون بدنامی و سو تفاهم در مورد اختلالات روان‌شناختی به جزییات مطرح شد (وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا، ۲۰۰۱). در میان مضامین مهم گزارش، نقش این‌گونه عوامل در ارتقای سلامت روان و درمان بیماری‌های روان‌شناختی و تبعیض در خدمات و مراقبت‌های سلامت روان در بین جمعیت رنگین‌پوست در آمریکا به چشم می‌خورد.

پیشگیری از اواسط تا اواخر قرن بیستم

تاریخچه پیشگیری، جنبش‌های مهم سیاسی و اجتماعی در قرن بیستم را نیز شامل می‌شود. با امضای قانون سلامت روان اجتماع در سال ۱۹۶۳ توسط کندی، از مراکز سلامت روان محلی حمایت مالی به عمل آمد و پیشگیری به‌عنوان موردی مهم در دستور کار سیاست‌های سلامت روان قرار گرفت. بااین‌وجود، طی اجرای این قانون، اهداف پیشگیرانه توجه به‌مراتب کمتری را دریافت کرد. جانسن (سی و ششمین رئیس‌جمهور آمریکا) طی دوران زمامداری خود *مبارزه با فقر* را مطرح کرد و قانون‌گذاری فدرال برنامه‌هایی نظیر *هد استارت* و *جهش*[2] را راه‌اندازی کرد تا آمادگی تحصیلی و آسایش نوجوانان و کودکان تأمین شود. تخصیص بودجه به این دو برنامه تا قرن ۲۱ نیز تداوم یافته است.

علاوه بر این، دهه ۶۰ و ۷۰ میلادی با اصلاحات اجتماعی و قانون‌گذاری‌های فدرال در ایالات‌متحده‌ی آمریکا همراه بود که برابری نژادی و برابری زنان را در همه حوزه‌های زندگی، به‌ویژه در حق رأی، تحصیلات، محیط‌های کار و خانه به ارمغان آورد. حقوق مدنی و جنبش‌های اجتماعی زنان صحنه را برای قانون‌گذاری‌های فدرال آماده کرد: قانون حقوق مدنی ۱۹۶۴؛ فصل نهم اصلاحیه آموزشی ۱۹۷۲ (اصلاحیه‌ای که امکانات آموزشیِ برابری را برای مردان و زنان در همه فعالیت‌ها نظیر فعالیت‌های دانشگاهی، ورزشی و غیرورزشی فراهم کرد)،

---

1. stigma
2. Upward Bound

قانون معلولان آمریکایی در سال ۱۹۹۰؛ قانون همسانی[۱] سلامت روان در سال ۱۹۹۶؛ و قانون همسانی سلامت روان و برابری اعتیاد[۲] در سال ۲۰۰۸. قانون آخر درنهایت توسط کنگره مصوب شد و بعد از گذشت بیش از ده سال کش‌وقوس توسط جرج بوش امضا شد (این مورد درنهایت به‌عنوان بخشی از قانون محرک اقتصادی برای احیای اقتصاد آمریکا مصوب شد). دو قانون همسانی سلامت روان حکم می‌کنند که افراد باید در رابطه با خدمات سلامت روان، شبیه به خدمات سلامت جسمانی از پوشش بیمه‌ای سلامت برخوردار باشند.

در دهه‌ی آخر قرن بیستم جنبش‌های اجتماعی، سیاسی و قانون‌گذاری موجب شدند سلامت جسمانی و روان‌شناختی در بسیاری از گروه‌ها در آمریکا بهتر شود. گرچه ممکن است از منظر یک مشاهده‌گر بی‌دقت در فعالیت‌های قانون‌گذاری، ارتقای سلامت روان و پیشگیری از تنش‌های روان‌شناختی روشن به نظر نرسد، ولی برای گروه‌هایی که سابق بر این فاقد اختیار بودند، قانون تسهیلاتی را فراهم کرد. به همین ترتیب برای بخش‌های بزرگی از جامعه دستیابی به شغل و امکانات آموزشی راحت شد. بر این اساس، قدرت سیاسی درصدد رفع موانع برای فراهم کردن و لذت بردن از سلامت فردی و آسایش بوده است.

پیشگیری و روان‌شناسی اجتماع

عمل‌گرایی اجتماعی[۳] طی دهه ۱۹۶۰ در ایالات‌متحده‌ی آمریکا منجر به جلسه‌ای تاریخی با حضور روان شناسان اجتماعی نگر[۴] در سوامپ اسکات[۵] در سال ۱۹۶۵ در ایالت ماساچوست و برگزاری همایشی تحت عنوان سوامپ اسکات شد. این جلسه به‌عنوان آغازی بر تخصص روان‌شناسی اجتماع[۶] در نظر گرفته می‌شود که تمرکز مؤکد آن بر عمل‌گرایی اجتماعی و پیشگیری است. به‌عنوان انعکاسی از آن جلسه، ریکل[۷] (۱۹۸۷) نوشت که از روان شناسان اجتماع (محله‌ای) خواسته شد مشکلات جامعه را حل کنند و به‌عنوان نمایندگان تغییرات اجتماعی و فعالان سیاسی عمل کنند. به‌تدریج که مأموریت و اهداف روان‌شناسی اجتماع رشد کرد، روان شناسان اجتماعی، بخش بیست و هفتم انجمن روان‌شناسی آمریکا را شکل دادند. در حال حاضر این بخش، انجمن تحقیق و اقدام اجتماعی[۸]؛ بخش روان‌شناسی اجتماع نام دارد. در سال ۱۹۷۳ بخش ۲۷، ژورنال روان‌شناسی

---

۱. Mental health parity act

۲. Addiction equity

۳. Social activism

۴. Social minded

۵. swampscott

۶. Community psychology

۷. rickel

۸. Society for Community Research and Action

اجتماعیِ آمریکا را عرضه کرد. چاپ ژورنال روان‌شناسی اجتماعی در همان سال، حکایت از رشد سریع تخصصی جدید در زمانی اندک دارد.

روان شناسان اجتماعی و علاقه‌مندان به پیشگیری ، در برگزاری اجلاس سالیانه پیشگیریِ اولیه از آسیب‌شناسی روانی در دانشگاه ورمونت کارساز بودند. تحت هدایت جرج آلبی، جاستین جافی و مارک کسلر، اولین اجلاس در سال ۱۹۷۵ برگزار شد. سخنران اصلی آن نیز اِمُری کُوین بود. مروری بر درون‌مایه‌های اصلی اجلاس بعد از گذشت سال‌ها، علاوه بر موارد مطرح در روان‌شناسی و دیگر حرفه‌های سلامت روان، حاکی از مسائل مهمی است که جامعه آمریکا با آنان مواجه بوده است. با توجه به ترویج عمل‌گرایی اجتماعی توسط سازمان دهندگان اجلاس این موضوع تعجب‌برانگیز نیست. مثال‌هایی از مضمون اجلاس شامل رشد قابلیت‌ها در کودکان، اقدامات سیاسی و تغییرات اجتماعی و پیشگیری از ایدز است. ماحصل اجلاس ورمونت، ژورنال پیشگیری اولیه بود که شماره‌ی اول آن در سال ۱۹۸۰ و به سردبیری تام گالوتا[۱] چاپ شد. او ۲۰ سال سردبیر این ژورنال باقی ماند.

مشاوره و پیشگیری

علاوه بر روان‌شناسی ، در تاریخچه و توسعه پیشگیری، دیگر تخصص‌های سلامت روان نقش مهمی ایفا کرده‌اند. برخی نظیر مددکاری اجتماعی، از مفاهیم مهم عدالت اجتماعی و شالوده‌ی حمایت گیری اجتماعی برخاسته‌اند. بقیه، نظیر مشاوره و جنبش‌های دانشجویی، از موضوع راهنماییِ شغلی در اوایل قرن بیستم نشئت‌گرفته‌اند. این موارد، مدتی مدید با توسعه انسانی و چشم‌اندازهای پیشگیری همراه بوده‌اند. انجمن مشاوره‌ی آمریکا که سابق بر این انجمن کارکنان و راهنمایی نامیده می‌شد، از پیشینه پیشگیری غنی برخوردار است ضمن این‌که ریشه‌های آن به جنبش راهنمایی شغلی برمی‌گردد. طی سال‌ها، اعضای انجمن مشاوره‌ی آمریکا بسیاری از علائق حرفه‌ای و فعالیت‌های خود را با اعضای بخش ۱۷ انجمن روان‌شناسی آمریکا –جامعه روان‌شناسی مشاوره–به اشتراک گذاشته‌اند (هِپنر، کاساس[۲]، کارتر و استون، ۲۰۰۰).

در دهه ۷۰ میلادی، مفهوم‌سازی جدیدی از مشاوره ارائه شد که پیشگیری، بخش مهمی از خدمات آن را شامل می‌شد (مُریل و هِرست[۳]، ۱۹۷۱؛ موریل، اُئتینگ[۴] و هرست، ۱۹۷۴). در این مدل، خدمات پیشگیرانه به روش‌های مستقیم (مثلاً ارتباط مستقیم با مراجع) و غیرمستقیم (اشاعه‌ی اطلاعات) ارائه می‌شود. مشاوران دانشگاه‌ها و کارکنان امور دانشجویی، خدمات پیشگیرانه متنوعی نظیر مهارت‌های حل مسئله (هپنر، نیل و

. Tom Gullotta۱

. casas۲

. Morrill & Hurst۳

. Oetting۴

لارسن، ۱۹۸۴)، اطلاعات در مورد الکل (کانین[1]، ۱۹۸۴) و مدیریت استرس (رومانو، ۱۹۸۴) ارائه می‌کردند. در انجمن مشاوره‌ی آمریکا بخش تخصصی انجمن مشاوره مدارس به‌منظور به‌کارگیری مشاوره در مدارس، پیشگیری را از طریق خدمات مدرسه محور و چارچوب‌های حرفه‌ای ارتقا بخشید (انجمن مشاوره مدارس آمریکا، ۲۰۰۳؛ بکر و جِرلِر[2]، ۲۰۰۴).

مددکاری اجتماعی و پیشگیری

تاریخچه پیشگیری در سلامت روان، عمل‌گرایی اجتماعی و حمایت گیری، بدون بحث در مورد دوران اولیه مددکاری اجتماعی-حرفه‌ای که به‌منظور خدمت به فقرا و محرومین از حقوق اجتماعی به وجود آمد- کامل نخواهد شد. پیشینه مددکاری اجتماعی به‌عنوان یک تخصص به سال ۱۸۹۸ برمی‌گردد، زمانی که اولین دوره‌های آموزشی مددکاری اجتماعی در دانشگاه کلمبیا در شهر نیویورک ارائه شد. البته مثل دیگر تخصص‌های خدمات انسانی، خاستگاه خدمات مددکاری اجتماعی از برنامه‌های آموزشیِ رسمی قدیمی‌تر است. رشته مددکاری اجتماعی سخت تحت تأثیر دو حرکت اجتماعی مهم که در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم به فقرا و محرومین اجتماعی کمک می‌کرد، قرار گرفت: جنبش استقرار[3] و تشکیلات سازمان‌های خیریه (گیترمن و جرمین[4]، ۲۰۰۸). گرچه این دو حرکت تا حدودی روش و فلسفه متفاوتی داشتند، ولی هر دو در مطرح کردن مفهوم بی‌عدالتی اجتماعی در ایالات‌متحده- کشوری که همراه با هجوم عظیمی از مهاجران و سکنی گزیدن در حومه شهر، به‌سرعت در حال صنعتی شدن بود-مؤثر واقع شد.

جنبش استقرار که از لندن ریشه می‌گرفت، توسط اعضای متمول جامعه حمایت می‌شد. آنان سرپناه، غذا، آموزش و دیگر خدمات را برای فقرا فراهم می‌کردند. علاوه بر ارائه خدمات به افراد نیازمند، این حرکت به‌منظور فراهم کردن بهترِ شرایط معیشتی به فقیران قویاً همه‌ی هم‌وغم خود را به عمل‌گرایی اجتماعی، اصلاحات اجتماعی و تغییرات سیاسی اختصاص داد (جیترمن و جرمین، ۲۰۰۸). جین آدامز[5]، فعال اجتماعی و صلح، اولین خانه استقرار را در سال ۱۸۸۹ در شیکاگو بنا نهاد. جنبش استقرار *در خانه*، فلسفه‌ای دموکراتیک را ترویج کرد که بر اساس آن کارگران در مجاورت محل کار خود، زندگی می‌کردند. این موضوع برای نشان دادن برابری بین کارگر و کارفرما بود. خانم آدامز به علت تلاش‌هایش به‌عنوان یک فعال صلح و اصلاح‌طلب اجتماعی، یکی از دریافت‌کنندگان جایزه صلح نوبل در سال ۱۹۳۱ بود. طی اوج فعالیت‌های جنبش استقرار، خانه‌های استقرار در بسیاری از بخش‌های آمریکا محبوبیت یافت. مفهوم خانه‌های استقرار به شکل‌های مختلف تا به امروز تداوم یافته است. به‌عنوان نمونه می‌توان به

. Conyne۱

. Bkker & Gerler۲

. Settlement movement۳

. Gitterman & Germain۴

. Jane adams۵

مراکز جامع محلی و سرپناه‌های محله‌ای اشاره کرد که طیفی از خدمات مداخله‌ای و پیشگیرانه را به افراد نیازمند ارائه می‌کنند. البته جنبش استقرار، رشد مددکاری اجتماعی را به شیوه متفاوتی برانگیخت که متمرکز بر دلایل بی‌عدالتی اجتماعی و تبعیض در جامعه و تلاش برای تصحیح آن بود (رایش و اندروز[1]، ۲۰۰۲).

علاوه بر این در آغاز قرن بیستم، یکی دیگر از پیشگامان مددکاری اجتماعی، اصلاح‌طلب اجتماعی و حامی خانواده و کودک، مری ریچموند، در شکل‌دهی سازمان‌های خیریه تأثیرگذار بود. این‌گونه سازمان‌ها بر اهمیت توانمندی فردی برای شکستن چرخه فقر و کاهش وابستگی افراد به دریافت موارد صدقه‌ای، تأکید داشتند. اهداف سازمان‌های خیریه معطوف به این بود که فقر را با کمک به افراد فقیر از طریق توزیع کارآمد و دقیق منابع بر اساس پایه‌های علمی کاهش داده و از بین ببرند (جیترمن و جرمین، ۲۰۰۸). به‌منظور ارائه اطلاعات و ارجاع به خدمات موردنیاز، سازمان‌های خیریه از روش‌های فعالیت موردی[2] استفاده می‌کردند. نسل‌های امروزی سازمان‌های خیریه، موسسه‌های محله‌ای هستند که طیفی از خدمات را برای نیازمندان ارائه می‌کنند.

انجمن تحقیقات پیشگیری

نقطه عطف حوزه‌ی پیشگیری در پیتسبرگ و در بهار ۱۹۹۱ در جلسه‌ای با حضور محققان پیشگیری شکل گرفت. جلسه از حمایت موسسه ملی سوءمصرف مواد برخوردار بود و شروع انجمن تحقیقات پیشگیری[3] را رقم زد. چندین سال بعد، ژورنال علم پیشگیری به‌عنوان ژورنال رسمی انجمن چاپ شد (بوتوین، ۲۰۰۰). انجمن توجه خود را معطوف به توسعه پژوهش در سبب‌شناسی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، مشکلات حوزه سلامت و دانشگاه و به‌کارگیری پژوهش در ارتقای سلامت و آسایش نمود (www.preventionresearch.org). انجمنِ تحقیقاتِ پیشگیری، سازمانی بین‌رشته‌ای است که صاحب‌نظران، کارشناسان و سیاست‌گذاران را به خود جذب می‌کند. این انجمن نشست سالیانه‌ای را میزبانی می‌کند که از ۲۵ شرکت‌کننده در سال ۱۹۹۱ به بیش از ۸۰۰ نفر در سال ۲۰۱۲ رسیده است. این افزایش نشان‌دهنده‌ی رشد سریع پیشگیری به‌عنوان یک تخصص است.

مدل‌های نظری پیش برنده پیشگیری

توصیف دقیق نظریات پیشگیری در فصل سه ارائه‌شده است. البته اشاره به نظریات پیشگیری در اینجا بدان علت مهم است که به شکلی منسجم به تاریخچه‌ی پیشگیری مرتبط هستند. نظریات روان‌شناختی و دیدگاه‌های دارای مؤلفه‌های قابل‌توجه پیشگیری در نیمه دوم قرن بیستم توسعه یافتند که مدل رشدی (ایوی، ایوی و

---

1. Reisch & Andrews
2. Case work method
3. Society for prevention research

زالاکِت[1]، ۲۰۰۹)، چارچوب چند فرهنگی (سو، آرِدُندو مک دیویس[2]) و جهت‌گیری عدالت اجتماعی (آلبی، ۱۹۸۶) را شامل می‌شوند. این مدل‌ها، موضوعات کاربردی، تحقیقاتی و آموزشی را از طریق تخصص‌های مرتبط مدنظر قرار می‌دهند و اهمیت عوامل زمینه‌ای، محیطی و سیاسی را در تسهیل سلامت و آسایش افراد، گروه‌ها و جامعه برجسته می‌کنند. پیشرفت در تئوری کمک کرده است که تخصص‌های روان‌شناسی و مشاوره از توجه نسبتاً محدود به نظریات سنتی روان‌درمانی (نظیر روان پویایی، رفتاری، فرد محور) به مفهوم‌سازی‌های وسیع‌تری نظیر رشد انسان، رفتار انسان و فرایندهای تغییر، روی آورد که اهمیت متغیرهای جمعیت شناختی نظیر قومیت، فرهنگ، هویت و جایگاه اجتماعی و اقتصادی در دنبال کردن آسایش را تشخیص داده‌اند.

دیگر مدل‌های نظری که از قابلیت‌های خوبی در تحقیق و به‌کارگیری پیشگیری برخوردار بودند، در اواخر قرن بیستم مطرح شدند (شینک[3]، ۱۹۹۴). نظریاتی که بیشتر محبوبیت یافتند شامل مدل بین نظری تغییر رفتار (پُروچاسکا، دیکلمنته و نورکراس، ۱۹۹۲)، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (آیزن[4]، ۱۹۹۱)، تئوری عمل مستدل (فیشباین و آیزن، ۱۹۷۵)، تئوری یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶) و مدل باورهای سالم (جانز، چامپین و استرِچِر[5]، ۲۰۰۲) بودند. دیگر مفهوم‌سازی‌های جدیدتر که با پیشگیری مرتبط هستند و اقدامات و تحقیقات حوزه‌ی پیشگیری را شکل بخشیده‌اند، شامل روان‌شناسی مثبت و عملکرد مثبت انسان (لوپز و همکاران، ۲۰۰۶؛ سلیگمن و سیکزنتمیحالی[6]، ۲۰۰۰)، مشاوره مبتنی بر نقاط قوت[7] (اسمیت، ۲۰۰۶) و مصاحبه انگیزشی (دبلیو.آر میلر و رالنیک، ۲۰۰۲) است. بسیاری از این نظریات و دیدگاه‌ها در فصل‌های بعدی اشاره شده و موردبحث قرار می‌گیرند.

پیشرفت در نظریات روان‌شناسی توجه به اهمیت پیشگیری را افزایش داد و مدل‌های دیگری از تغییر را نیز فعال نمود که انسجام پیشگیری را به دنبال داشت (هیگ، بارنیت و شوارتز، ۲۰۰۸). متأسفانه باید گفت که برخی ازاین‌گونه مدل‌ها و تئوری‌های جدیدتر به شیوه‌ای منظم در برنامه‌های آموزشی و کاربردی روان‌شناسی و مشاوره آموزش داده نمی‌شوند (کانین، نیومیر، کنی، رومانو و ماتیوز[8]، ۲۰۰۸)؛ درنتیجه، ممکن است دانشجویان تحصیلات تکمیلی و متخصصان جدید با آنان آشنا نشوند. ناآشنایی با تئوری، کاربرد و تحقیقات پیشگیری منجر به افزایش تأثیر مدل‌های سنتی می‌شود که بر درمان تأکید دارند (اشنایدر و الیوت، ۲۰۰۵). به شکل تاریخی

. Ivy, Ivy,& Zalaquett۱

۲. Sue, Arredondo,& Mc Davis

. Shinke۳

. Ajzen۴

. Jans, Champion,& Strecher۵

. Csikzentmihaly۶

. Strength-based۷

. Conyne, Newmeyers, Kenny,Romano,& Matthews۸

حذف پیشگیری به‌عنوان جزئی مهم از آموزش روان شناسان و مشاوران، موقعیتی را به وجود آورده است که پرداخت ظاهری به پیشگیری به‌مراتب بیش از اقدامات پیشگیرانه در مرکز فعالیت‌های آنان بوده است (هولدن و بلک، ۱۹۹۹؛ کلیست وایت، ۱۹۹۷؛ اُبایرن، برامه، دیویدسِن و پاستِن[۱]، ۲۰۰۲). بااین‌وجود امید می‌رود بر اساس اقدامات پیشگیرانه‌ی اخیر که در مورد آنان صحبت شد و در ادامه نیز بیشتر بررسی خواهند شد، این وضعیت تغییر یابد.

خلاصه

همان‌گونه که مروری تاریخی این فصل نشان داد، در حوزه خدمات فردی، تخصص‌های مختلف به شرایط اجتماعی عمده واکنش نشان دادند که آن‌ها نیز به‌نوبه‌ی خود بر سلامت و آسایش جامعه تأثیر گذاشتند. در ابتدای قرن بیستم، ایالات‌متحده‌ی آمریکا دگرگونی‌های شدید اجتماعی را تجربه کرد که تحول عمده‌ای را در یافتن راه‌های توجه به نیازهای روان‌شناختی و جسمانی شهروندان سبب شد. طی قرن بیستم، رخدادهای مهم تاریخی منجر به افزایش علاقه و اقدامات مربوط به پیشگیری شد که شامل بحران اقتصادی دهه ۱۹۳۰، نیازهای سربازان ازجنگ‌برگشته‌ی جنگ جهانی دوم و خانواده‌های آنان و تغییرات سریع اجتماعی دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ بود. برخی از شکاف‌های اجتماعی نیمه دوم قرن بیستم به بار مشکلات افزود و منجر به کاهش اثر نهادهای اجتماعی نظیر خانواده، مدرسه و مراکز مذهبی و معنوی گردید که به شکل سنتی به‌عنوان عوامل محافظ در خدمت افراد و گروه‌های در معرض خطر بودند.

در سال‌های پایانی قرن بیستم بر دوره نوجوانی، مدارس و اجتماع تمرکز جدیدی حاکم شد تا بخشی از مشکلات کودکان و نوجوانان رفع شود؛ مشکلاتی که در کشور به‌سرعت در حال گسترش بود و به‌طوری فزاینده بر دوره‌ی جوانی آنان تأثیر سوء می‌گذاشت؛ استفاده از مواد غیرقانونی (نظیر دخانیات، الکل، مواد مخدر)، فعالیت‌های جنسی رو به افزایش که منجر به بیماری‌های آمیزشی و حاملگی‌های ناخواسته می‌شد، بروز خشونت در مدرسه و خارج از آن از قلدری گرفته تا قتل و آزار و اذیت‌های روانی و رفتاری (مک ویرتر[۲]، مک ویرتر، مک ویرتر و مک ویرتر، ۲۰۰۷) ازجمله‌ی این مشکلات بود.

---

۱. Holden & Black, Kleist & White, O'byrne, Brammer, Davidson, & Potson

۲. Mc Whirter

فصل ۳

نظریه‌های پیشگیری در تغییر رفتار

یکی از دلائل تقویت پیشگیری این است که چارچوب‌های نظری، از مداخلات پیشگیری حمایت می‌کنند. البته مدل‌های نظری به‌عنوان چارچوب، اغلب در تحقیقات پیشگیری وجود ندارند. برای مثال، پینتر، بوربا، هاینز، میز و گلانز[۱] (۲۰۰۸) طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ استفاده از نظریه در تحقیقات مربوط به رفتارهای سالم را مطالعه کردند و دریافتند که استفاده از تئوری در تحقیقات از اواسط دهه ۱۹۹۰ به شکلی معنادار تغییری نکرده است. فقط در حدود یک‌سوم از ۱۹۳ مطالعه‌ای که آنان بررسی کردند از چارچوب نظری استفاده شده بود. در اکثر این تحقیقات نیز مدل بین نظری تغییر، نظریه شناخت اجتماعی[۲]، یا مدل باورهای سلامتی به کار گرفته شده بود. برای این‌که تحقیقات پیشگیری پیشرفت کنند، لازم است مداخلات پیشگیری بر اساس چارچوب‌های نظری قرار گیرند تا اثربخشی آنان و بهبود کاربردشان در بین گروهای هدف و حوزه‌های دشوار ارزیابی شود. اجرای پیشگیری، مستلزم آن است که افراد یا نهادها به‌گونه‌ای تغییر کنند تا موجب افزایش عوامل محافظ و کاهش عوامل خطر در سلامت جسمانی و روان‌شناختی شوند. نظریات متمرکز بر این موضوع که افراد و نهادها چگونه تغییر می‌کنند، در تبیین فرایندهایی که این‌گونه تغییرات را موجب می‌شوند، بی‌نهایت مهم هستند.

تئوری‌هایی که در این فصل مرور می‌شوند عبارت‌اند از مدل بین نظری تغییر رفتار؛ تئوری عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده؛ مدل باورهای سالم؛ و مصاحبه انگیزشی (رویکردی که بر اساس تئوری فرد–محور[۳] قرار دارد). گرچه می‌شد در این فصل تئوری‌های دیگری نیز مطرح شوند، ولی چهار موردی که بررسی خواهند شد از مفروضات و اصول اساسی مداخلات پیشگیری حمایت می‌کنند و اغلب در آموزش روان شناسان و مشاوران به‌اندازه کافی موردتوجه قرار نگرفته‌اند. ارائه هرکدام از این نظریات از ساختار مشابهی شامل: پس‌زمینه و مفاهیم

---

۱. Painter, Borba, Bynes, Mays, and Glanz

۲. Social cognitive theory

۳. Person-centered

نظری اساسی، پژوهش‌های تجربی در مورد آن نظریه که در مداخلات پیشگیری استفاده‌شده‌اند و نقاط قوت و محدودیت‌های نظریه تبعیت می‌کند.

مدل بین نظری تغییر رفتار[۱]

مداخلات پیشگیری به افراد کمک می‌کند، تغییراتی را به وجود آورند که سلامتی شخصی خود را افزایش داده و از گسترش آسیب ممانعت نمایند. پروچاسکا، دیکلمنته و نورکراس (۱۹۹۲) تئوری مرحله‌ای تغییر را توصیف کردند و آن را مدل بین نظری تغییر رفتار نامیدند. بر اساس توصیفات پروچاسکا، جانسن و لی[۲] (۲۰۰۹) مدل بین نظری تغییر رفتار، نظریه‌ای منسجم است که از چندین تئوری مهم روان‌درمانی و تغییر رفتار نشئت گرفته است. از ابتدای دهه ۱۹۸۰، محققان به‌منظور شناسایی متغیرهایی که موجب تغییر می‌شوند، به مطالعه و اصلاح مدل بین نظری تغییر رفتار پرداخته‌اند. این نظریه، مدعیِ پاسخ بدین سؤالات است: افراد چگونه به لحاظ رفتاری تغییر می‌کنند و چرا برخی از افراد در ایجاد تغییرات رفتاری با کمک‌های حرفه‌ای و یا بدون آن در مقایسه با دیگران موفق‌تر هستند؟ مدل بین نظری تغییر رفتار احتمالاً برترین تئوری تغییر رفتار سالم در روان‌شناسی است و به‌عنوان چارچوب نظری استفاده شده است که موجب تغییر در مشکلات مختلف می‌شود (آرمیتاژ، ۲۰۰۹؛ واین استاین، راثمن و ساتِن[۳]۱۹۹۸).

بر اساس این نظریه، افراد همان‌طوری که طی مراحل مختلفِ فرایندِ تغییر پیش می‌روند، به‌تدریج تغییر می‌کنند. نظریه تغییر رفتار در ابتدا به‌منظور توصیف فرایند تغییر در ترک سیگار شکل گرفت. هرچند که استفاده از آن در توصیف و ایجاد تغییرات مثبت در کاهش دیگر رفتارهای اعتیادی (نظیر مصرف الکل) سریعاً گسترش یافت، ولی در حال حاضر در آسیب‌های متعدد و افراد مختلف به کار گرفته می‌شود (پروچاسکا، اِوِرز، پروچاسکا، ون مارتر و جانسن، ۲۰۰۷). نمونه‌هایی ازاین‌گونه حوزه‌ها و گروه‌ها شامل این موارد است: ورزش در میان زنان دانشجوی آفریقایی آمریکایی (جانیپر، اُمان، هَم و کِربی[۴]، ۲۰۰۴)، سوءمصرف الکل در بین دانشجویان (اُسوالت، شات، اینگلیش و لیتِل[۵]، ۲۰۰۷)، به‌کارگیری کاندوم و دیگر روش‌های جلوگیری از بارداری (گالاوُتی[۶] و همکاران، ۱۹۹۵)، مدیریت استرس و افسردگی (اِوِرز[۷] و همکاران، ۲۰۰۶) و پیشگیری از قلدری در مدارس (پروچاسکا و همکاران، ۲۰۰۷).

---

۱ Transtheoretical Model of Behavior Change

. Lee۲

. Armitage, Weinstein, Rothman, Sutton۳

. Juniper, Oman, Hamm,& Kerby۴

. Oswalt, Shut, English, & Little۵

. Galavotti۶

. Evers۷

مدل بین نظری تغییر رفتار بر اساس مجموعه‌ای از مفروضات اساسی قرار دارد: این‌که تغییر رفتار، فرایندی است که طی مراحلی رخ می‌دهد؛ این‌که آن مراحل علاوه بر ثابت بودن، می‌توانند تغییر کنند؛ این‌که مداخلات رفتاریِ برنامه‌ریزی‌شده در کمک به افراد برای حرکت از مراحل اولیه به مراحل بعدیِ رفتار و حفظ تغییرات به وجود آمده، ضروری است؛ و این‌که بدون کمک و راهنمایی، افراد در مراحل اولیه‌ی تغییر باقی خواهند ماند (پروچاسکا، جانسن، لی و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این، مدل بین نظری تغییر رفتار بر این فرض قرار دارد که بیشتر افرادی که در معرض یک آسیب قرار دارند، این آمادگی را ندارند که سریعاً وارد مداخلات پیشگیرانه‌ی فعالیت محور شوند و این‌که برنامه‌های مداخلاتی باید با مرحله‌ی تغییری که فرد یا گروه در آن بسر می‌برد، همسان باشد. افزون بر این، گرچه ممکن است تغییر رفتار مستلزم ترکیبی از فرآیندهای زیستی، اجتماعی و خودکنترلی باشد، ولی مداخلات همسان با مرحله‌ی تغییر، بسیاری از مواقع برای اثرگذاری بر فرآیندهای خودکنترلی طراحی‌شده‌اند (پروچاسکا و همکاران، ۲۰۰۹). بااین‌وجود، در طراحی مداخلات پیشگیرانه لازم است فضای زیستی و اجتماعی نیز در نظر گرفته شود. برای مثال می‌توان به ولع جسمانی در اعتیاد به نیکوتین و در دسترس بودن الکل در میهمانی‌ها اشاره کرد. در این‌گونه موارد، برچسب نیکوتینی در کاهش ولع جسمانی در مداخلات ترک سیگار و در دسترس بودن نوشیدنی‌هایی غیرالکلی در میهمانی‌ها مفید است.

پنج مفهوم اساسی مدل بین نظری تغییر رفتار که از مفروضات اشاره‌شده نشئت گرفته‌اند عبارت‌اند از (الف) مراحل تغییر، (ب) فرایندهای تغییر، (ج) سود و زیان‌های تغییر رفتار (تعادل در تصمیم)، (د) خود–کارآمدی[1] و (ه) وسوسه[2]. در ادامه، این مفاهیم اساسی شرح داده می‌شوند.

مراحل تغییر

پروچاسکا و همکاران (۱۹۹۲) پنج مرحله‌ی تغییر را شناسایی کردند. آنان، طی سال‌های اولیه‌ی مطالعاتشان، یک مدل پنج مرحله‌ای را مطرح کردند، ولی هنگامی‌که این مراحل مورد تائید تحقیقات واقع نشد، مدل چهار مرحله‌ای را تعریف کردند. البته آنان پس از بررسی بیشتر، بر شش مرحله توافق کردند (پروچاسکا و همکاران،۲۰۰۹). هرچند آنان در ابتدا معتقد بودند که افراد طی مراحل تغییر رفتار در مسیری خطی پیش می‌روند، ولی ارزیابی‌های بعدی نشان داد افراد اغلب طی فرآیند تغییر، درون و بیرون از مراحل تغییر حرکت می‌کنند (پروچاسکا و همکاران،۱۹۹۲). این فرایند غیرخطی در تغییرات رفتاری، رایج است، به شکلی که افراد پیش می‌روند و سپس به رفتارهای پیشین خود رجعت می‌کنند، مجدداً به حرکت ادامه می‌دهند، رجعت می‌کنند تا این‌که درنهایت رفتار جدید تثبیت شود. در ادامه شش مرحله‌ی مدل بین نظری تغییر رفتار توضیح داده می‌شود.

---

۱. Self-efficacy

۲. Temptation

پیش تعمق

در این مرحله، هیچ تصمیمی برای تغییر در آینده‌ی نزدیک وجود ندارد و ممکن است حتی فرد آگاهی نداشته باشد که تغییراتی موردنیاز است. برای مثال ممکن است فردی آگاهی نداشته باشد که مشکلی وجود دارد و درنتیجه نیاز به تغییر را هم احساس نکند. برخی اوقات ممکن است فرد تمایل به تغییر را نشان دهد، حال‌آنکه این تمایل فقط به دلیل فشار دیگران است. مثلاً ممکن است فرد موافقت کند در یک برنامه‌ی تغییر رفتار شرکت کند، چراکه در غیر این صورت از پیامدهای رفتار خود ضرر خواهد کرد (به‌عنوان نمونه، انتخاب بین از دست دادن گواهینامه رانندگی یا شرکت در برنامه‌ی آموزشی رانندگی حین مستی[1]).

تعمق

در مرحله‌ی دوم، فرد در حال برنامه‌ریزی برای ایجاد تغییر طی شش ماه آینده است (پروچاسکا و همکاران،۲۰۰۹). ممکن است فرد تشخیص دهد که مشکلی وجود دارد و لازم است اقدامی انجام دهد ولی برای ایجاد تغییر، هیچ کاری صورت ندهد. برای مثال، ممکن است افراد در این مرحله فکر کنند، لازم است وزن خود را کاهش دهند، بیشتر ورزش کنند، یا به‌منظور بهبود سلامتیِ خود سیگار کشیدن را ترک کنند، ولی در رابطه با این افکار کاری انجام ندهند. می‌توان گفت تصمیم‌های سال جدید که برای اجرای آنان هیچ کاری نشده است توسط افرادی صورت می‌گیرد که در مرحله تعمق به سر می‌برند. ممکن است برخی از افراد پیش از اقدام، ماه‌ها یا سال‌ها در این مرحله به سر برند (دیکلمنته و پروچاسکا، ۱۹۸۵). افرادی که مشخصاً در این مرحله، درگیر فرایند تصمیم‌گیری می‌شوند، سود و زیان‌های انجام رفتاری که تغییر را سبب می‌شود، می‌سنجند.

آمادگی

افراد در این مرحله وارد فرآیند تصمیم‌گیری شده‌اند و در حال آماده شدن برای انجام اقدامی اساسی در آینده‌ای نزدیک هستند که معمولاً طی یک ماه آتی صورت می‌گیرد (پروچاسکا و همکاران،۲۰۰۹). علاوه بر این، ممکن است برنامه‌ای را برای تغییر در نظر گرفته باشند و تغییرات رفتاری کوچکی را آغاز کرده باشند. برای مثال پارک کردن خودرو درجایی دورتر از محل کار به‌منظور افزایش فعالیت بدنی، یا کاهش تعداد سیگار در طول روز، یا بررسی باشگاه‌های ورزشی برای ثبت‌نام. در اصل، پروچاسکا، دیکلمنته و نورکراس (۱۹۹۲) این مرحله را *تصمیم‌گیری* نامیدند.

---

1. Driving while intoxicated(DWI)

اقدام

در این مرحله، افراد تغییرات اساسی را در رفتار خود ایجاد می‌کنند. تعهد و انگیزه‌ی آنان برای تغییر قابل‌توجه بوده و به همین ترتیب زمان و انرژی موردنیاز برای ایجاد تغییر را نیز صرف می‌کنند. اقدامات آنان برای تغییر رفتار بیشتر اوقات کاملاً آشکار است، برای مثال، ترک سیگار، ورزشِ منظم، یا استفاده نکردن از الکل ازجمله‌ی این اقدامات است. هدف از مرحله اقدام عبارت است از ایجاد تغییراتی که برای ارتقای سلامتی و آسایشِ بیشتر، شدنی هستند. برای مثال، کاهش سیگار از ۲۰ نخ به ۱۰ نخ در روز در مرحله‌ی اقدام، به‌عنوان یک هدف ممکن در نظر گرفته نمی‌شود (به علت اعتیاد به نیکوتین)، ولی ورزش با شدت متوسط یا زیاد طی سه جلسه در هفته، هدف قابل‌قبولی خواهد بود.

نگهداری

پروچاسکا و همکاران (۱۹۹۲) مرحله نگهداری را نه به‌عنوان مرحله‌ای مجزا، بلکه دنباله‌ی مرحله اقدام در نظر گرفتند. هدف اصلی از مرحله نگهداری حفظ تغییرات ایجادشده در مرحله‌ی اقدام و جلوگیری از بازگشت به رفتارهای اعتیادی یا ناسازگارانه پیشین است. افراد به رفتارهای سالم ادامه می‌دهند؛ این موضوع از تغییرات صورت گرفته پشتیبانی می‌کند. برخی از رفتارهای جدید نظیر خودداری کردن از مصرف سیگار یا مواد مخدر ممکن است برای تمام عمر تداوم یابد. برخی دیگر از رفتارها ممکن است به‌تدریج که زندگی فرد تغییر می‌کند، تعدیل شوند، نظیر تغییر رژیم غذایی و فعالیت‌های ورزشی به‌موازات مسن‌تر شدن فرد. به نظر پروچاسکا و همکاران (۲۰۰۹) مرحله نگهداری می‌تواند بین شش ماه تا پنج سال ادامه یابد.

پایان‌دهی

در این مرحله، افراد مطمئن هستند که به رفتار آسیب‌زای پیشین رجعت نخواهند کرد. البته، پروچاسکا و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که ممکن است این موضوع برای بسیاری، هدفی غیرواقع‌بینانه باشد. هدف واقع‌بینانه‌تر، حفظ رفتار جدید برای تمام عمر است. برای مثال، ممکن است لازم باشد سال‌ها بعد از تغییرات اولیه‌ی ایجادشده، افراد به ارزیابی رفتارهای جدید رژیم غذایی و ورزش ادامه دهند، یا ممکن است بعد از ترک سیگار، ولع مصرف مواد دخانی داشته باشند. در تاریخچه‌ی پژوهشی در مقایسه با دیگر مراحل تغییر، به مرحله پایان‌دهی به‌مراتب توجه کمتری شده است. حتی در مراحل اولیه‌ی مدل بین نظریِ تغییرِ رفتار، پایان‌دهی به‌عنوان یکی از مراحل، مدنظر قرار نگرفته بود (پروچاسکا و همکاران،۱۹۹۲). تحقیق در مورد این مرحله کماکان دشوار است، چراکه لازم است افرادی که خدمات حاصل از این نظریه را دریافت می‌کنند سال‌ها بعد از مداخله نیز ارزیابی شوند.

فرایندهای تغییر

در مدل بین نظری تغییر رفتار، فرایندهای تغییر عبارت‌اند از فعالیت‌هایی که افراد حین طی کردن مراحل تغییر انجام می‌دهند. فرایندهای تغییر به این دلیل مهم هستند که برای تبدیل تئوری به رفتار راهنمایی ارائه می‌کنند. پروچاسکا و همکاران (۲۰۰۹) ده فرایند تغییر را شناسایی کردند که بیشترین حمایت پژوهشی را دریافت نموده‌اند: (الف) رشد آگاهی[۱] که آگاهی از مشکل را افزایش می‌دهد، نظیر مواردی که از طریق پیام‌های رسانه‌ها مطرح می‌شود؛ (ب) تسکین شگرف[۲]، نظیر تقدیر و تشکر از افراد که موجب تحرک آنان می‌شود؛ (ج) خود–ارزیابی‌های مجدد[۳] یا خود–سنجی مرتبط با رفتار، نظیر بهبود در تصویر از خود به‌عنوان پیامد کاهش وزن؛ (د) ارزیابی مجدد محیطی[۴]، سنجش تأثیر رفتار بر دیگران، برای مثال تأثیر دود سیگارِ شخصِ سیگاری بر اطرافیان؛ (ه) خود–آزادسازی[۵]، تعهد به تغییر و عمل به تعهد (و) آزادسازی اجتماعی[۶]، امکانات یا گزینه‌های اجتماعی به‌منظور حمایت از رفتار مطلوب، نظیر حمایت مدرسه از جشن‌های شبانه‌ی فارغ‌التحصیلی مقطع دبیرستان به‌منظور حفاظت از آنان در برابر مخاطرات احتمالی؛ (ز) شرطی‌سازی معکوس[۷]، یادگیری رفتارهای سالم به‌منظور جایگزینی با موارد ناسالم، نظیر آموزش آرمیدگی به‌منظور مقابله با اضطراب؛ (ح) کنترل محرک، تذکرهای محیطی به‌منظور حمایت از رفتارهای سالم یا تضعیف موارد ناسالم، نظیر یادداشت‌های شخصی به‌منظور حذف مواد غذایی ناسالم؛ (ت) مدیریت پیامد، استفاده از پیامدها به‌منظور پاداش دهی به رفتار جدید یا تنبیه رفتار قدیمی؛ و (ث) روابط یاری‌رسان، شبکه‌های اجتماعی و روابط حمایت‌کننده به‌منظور حمایت از تغییرات رفتار مطلوب، نظیر امکان تغییر رفتار به‌واسطه‌ی مشاوره‌ی حرفه‌ای یا همسالان.

پروچاسکا و همکاران (۱۹۹۲) گزارش کردند که تحقیقات آنان در رابطه با ترک سیگار و تغییر رفتار در رژیم غذایی نشان داد که مراحل تغییر و فرایندهای آن با یکدیگر در تعامل هستند. فرایندهای رشد آگاهی، تسکین شگرف و ارزیابی مجدد محیطی فرآیندهایی بودند که بیشترین تأکید را بر مرحله‌ی تعمق داشتند، گرچه ارزیابی

---

۱. Consciousness raising

۲. Dramatic relief

(به معنی احساس نگرانی و ترس از رفتارهای ناسالم یا احساس امید وقتی‌که فرد متوجه می‌شود چگونه دیگران توانسته‌اند رفتارهای سالمی را در خود به وجود آورند. ویکی‌پدیا، م).

. Self-reevaluation۳

. Environmental reevaluation۴

. Self-liberation۵

. Social liberation۶

. Counter conditioning۷

مجدد محیطی به افراد کمک کرد که از مرحله‌ی تعمق وارد مرحله‌ی آمادگی شوند. شرطی‌سازی معکوس، کنترل محرک، مدیریت پیش آمد و روابط یاری‌رسان بر مرحله اقدام تأکید داشتند. به‌منظور حمایت از تغییرات رفتاری صورت گرفته طی مرحله نگهداری، فرایندهای تغییر ادامه می‌یابند.

سود و زیان‌های تغییر (تعادل در تصمیم)

مفهوم سود و زیان‌های تغییر، به دلایل مثبت و منفیِ ایجاد یک تغییر می‌پردازد. گرچه طی تحقیقات سعی شده است برای تغییرات رفتاری، هشت طبقه سود و زیان (برای هر یک چهار مورد) در نظر گرفته شود، ولی پروچاسکا و همکاران (۲۰۰۹) بر تعادل در تصمیم توافق کردند؛ تعادلی که به‌سادگی، سود و زیان‌های تغییر رفتار را در نظر می‌گیرد. به شکل نظری، هرچقدر شخص، اهمیت ایجاد یک تغییر را مثبت‌تر ارزیابی کند، احتمال بیشتری وجود دارد که او متعهد شود برای دستیابی به تغییر مدنظر، تلاش کند.

خود-کارآمدی

مفهوم خود-کارآمدی که از نظریه بندورا (۱۹۸۶) اقتباس‌شده است به اعتماد فرد اشاره می‌کند، به این معنی که فرد می‌تواند تغییر موردنیاز را ایجاد کند و یا رفتار جدیدی را حفظ کند، به‌ویژه در موقعیت‌هایی که خطر بازگشت رفتار قدیمی بالا است. برای مثال، دانشجویی که به‌تازگی نیت کرده است الکل را کنار بگذارد، تصمیم می‌گیرد در جمع دوستانش که تولدی را جشن گرفته‌اند، شرکت نکند، چراکه می‌داند در آنجا مشروب وجود دارد و مصرف آن در مراسم پیشنهاد می‌شود. به علت خود-کارآمدی پایین در مصرف الکل، این دانشجو قصد دارد تغییرات اخیر در رابطه با مصرف الکل را به خطر نیندازد و درنتیجه تصمیم می‌گیرد که در جشن شرکت نکند. به‌تدریج که فرد در حفظ تغییر رفتار، باثبات‌تر می‌شود، حتی در موقعیت‌ها یا رخدادهایی که برای رجعت به رفتار قدیمی، خطراتی را تحمیل می‌کنند، با احتمالی بالاتر، شرکت می‌کند، چراکه خود-کارآمدی او در رابطه با رفتار جدید، تقویت شده است.

وسوسه

این مفهوم به امیال شدیدی می‌پردازد که فرد را وسوسه می‌کند درگیر رفتار ناسالم شود. پروچاسکا و همکاران (۲۰۰۹) متوجه شدند که استرس‌های ناخوشایند، موقعیت‌های اجتماعی که فرد آنان را مهم می‌داند و ولع‌های شدید، رایج‌ترین وسوسه‌ها هستند.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

مدل بین نظری تغییر رفتار به‌عنوان یک چارچوب نظری در مداخلات پیشگیرانه به شکلی گسترده استفاده می‌شود، به‌ویژه در مداخلاتی که برای تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت طراحی‌شده‌اند (آرمیتاژ، ۲۰۰۹).

بااین‌وجود، مدل بین نظری تغییر رفتار بدون منتقد نیست (برایدل[۱] و همکاران،۲۰۰۵؛ هرزوگ[۲]، ۲۰۰۸؛ ون اسلویس[۳]، ون پاپل[۴] ون مِکلِن[۵]، ۲۰۰۴). برای مثال، برایدل و همکاران (۲۰۰۵) به شکل تصادفی ۳۷ مطالعه‌ی مبتنی بر این مدل را بررسی کردند که هفت رفتار هدف را مدنظر قرار داشتند. ۲۵ مورد از آنان بر ترک سیگار، ورزش و رژیم غذایی متمرکز بود. این محققان در حمایت از مدل بین نظری تغییر رفتار، شواهد اندکی یافتند و کیفیت روش‌شناختی آن مطالعات را زیر سؤال بردند. به همین ترتیب، ون اسلویس و همکاران (۲۰۰۴) ۲۹ تحقیق را بررسی کردند که از مدل بین نظری تغییر رفتار استفاده کرده بودند تا در ورزش، رژیم غذایی و مصرف سیگار، تغییرات رفتاری به وجود آورند. آنان نیز در رابطه با این الگو، حمایت‌های اندکی یافتند و در رابطه بااعتبار درونی و دقت ناکافی به موارد روش‌شناختی آن پژوهش‌ها، سؤالاتی را مطرح کردند. بررسی هرزوگ (۲۰۰۸) در رابطه با ارزیابی پژوهش‌های مدل بین نظری تغییر رفتار که فقط شامل ترک سیگار بود، به این نتیجه رسید که مدل بین نظری تغییر رفتار، معیارهای ضروری برای یک مدل مرحله‌ای تغییر را برآورده نمی‌کند. او صریحاً مدل بین نظری تغییر رفتار را مورد انتقاد قرار داد زیرا که مراحل تغییر (که در مدل بین نظری تغییر رفتار مطرح است) به لحاظ کیفی طبقات مجزایی نیستند، مشخص بودن حرکت از یک مرحله‌به‌مرحله دیگر روشن نیست و مطالعات پژوهشی و تحقیقی این مدل، ناکافی است.

به‌رغم این‌گونه نقدها، آرمیتاژ (۲۰۰۹) تأکید داشت که انتقادات واردشده بر مدل بین نظری تغییر رفتار، محدود به یکی از مفاهیم اساسی مراحل تغییر است، حال‌آنکه از مؤلفه‌های دیگر مدل غافل می‌شوند. آرمیتاژ، به شکلی مشخص، فرآیندهای مؤلفه‌ی تغییر در مدل بین نظری تغییر رفتار را این‌گونه تشخیص داد که همان‌گونه که شایسته تحقیق و مطالعه بیشتر هستند، همان‌گونه نیز در تعداد کمی از مطالعاتِ مربوط به تغییر رفتار، نتایج مثبتی را به بار آورده است. محققان تأکید کرده‌اند که انگیزه و قصد[۶] تغییر در مدل بین نظری تغییر رفتار، نیازمند تحقیقات بیشتری است و ممکن است اثربخشی مداخلات تغییر رفتاری را افزایش دهد (آردن و آرمیتاژ، ۲۰۰۸؛ آرمیتاژ و آردن، ۲۰۰۸).

باوجودیکه الگوی مرحله‌ایِ مدل بین نظری تغییر رفتار به شکل شهودی جذاب است و استفاده‌ی گسترده‌ای را سبب شده است، ولی تحقیقات بیشتر، همراه با روش‌شناسی‌های دقیق‌تر نیاز است تا به شکلی جامع‌تر، از کارآمدی این تئوری حمایت کند. بااین‌وجود، به‌عنوان شالوده‌ی مداخلات پیشگیرانه، مدل بین نظری تغییر رفتار،

. Bridle۱

. Herzog۲

. Van sluijs۳

. Van poppel۴

. Van mechelen۵

. Intention۶

این ارزش را دارد که استفاده از آن همراه با توجهِ بیشتر به تمامی مؤلفه‌های آن تداوم یابد. مداخلات پیشگیرانه‌ای که برای ایجاد آمادگیِ تغییر در یک فرد یا گروه متناسب[۱] شده‌اند، دارای این قابلیت هستند که اثربخش واقع شوند، چراکه یک مداخله که در موقعیت‌های مختلف، یکسان و مشابه با موارد قبلی به اجرا درمی‌آید[۲] ممکن است اثربخش‌ترین یا اقتصادی‌ترین مداخله نباشد. برای مثال در مداخلات پیشگیرانه‌ی همگانی که آگاهی یافتن از مشکل مهم است، شاید تمرکز مداخله بر مراحل اولیه‌ی فعالیت‌های تغییر، مهم‌ترین قسمت باشد. بااین‌وجود در مداخلات پیشگیرانه‌ی انتخابی و مشخص، وقتی‌که علائم یک رفتار آسیب‌زا آشکار شد، مداخلات مناسب برای ایجاد آمادگی و عمل، مؤثرترین اقدامات هستند. درنهایت، به‌واسطه‌ی توجه نمودن به دیگر مؤلفه‌های مدل بین نظری تغییر رفتار (مانند فرایند تغییر، سود و زیان تغییر رفتار، خود-کارآمدی و وسوسه)، متخصصان پیشگیری مایل هستند مداخلاتی را که قابل‌اجرا است، تقویت کنند. در همان حال مطالعات پژوهشی در مورد این مؤلفه‌ها منجر به افزایش درک مدل بین نظری تغییر رفتار به‌عنوان چارچوبی برای راهنمایی مداخلات پیشگیرانه خواهد شد.

نظریه عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده[۳]

نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده اولین بار توسط فیش باین[۴] (۱۹۶۷) و به‌منظور درک صحیح‌ترِ ارتباط بین باورهای شخصی، نگرش‌ها و رفتارها مطرح شد (مونتانو و کاسپرزیک[۵]، ۲۰۰۲). نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده مبتنی بر این فرض است که انسان عاقل است و می‌تواند از اطلاعات، به‌منظور اخذ تصمیم‌های معقول استفاده کند (آرُنسن، ویلسن و آکرت[۶]، ۲۰۰۳). این نظریه در متون روان‌شناسی اجتماعی توجه ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است (آیزن[۷] و فیش باین، ۱۹۸۰؛ فیش باین و آیزن، ۱۹۷۵). در توسعه‌ی نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده، فیش باین بین نگرش به یک هدف و نگرش به رفتار مرتبط با آن هدف، تمایز قائل شد (مونتانو و کاسپرزیک، ۲۰۰۲). برای مثال، در رابطه با یک مداخله‌ی پیشگیرانه، نگرش به یک هدف می‌تواند سرطان ریه باشد و نگرش به رفتار، ترک سیگار. فیش باین و آیزن (۱۹۷۵؛ به نقل از مونتانو و کاسپرزیک، ۲۰۰۲) نشان دادند که نگرش یک فرد به رفتار (برای مثال ترک سیگار) به‌مراتب پیش‌بینی کننده‌ی بهتری از تغییر رفتار است تا نگرش او به هدفی که آن رفتار به‌منظور پیشگیری از آن طراحی شده است (برای

۱.Tailor

. Free size۲

. Theory of reasoned action and planed behavior۳

. Fishbein۴

. Montano & kasprzyk۵

. Aronson,Wilson,& akert۶

. ajzen۷

مثال سرطان ریه). در رابطه با مثالی دیگر در چشم‌انداز پیشگیرانه، نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده مطرح می‌کند که نگرش یک نوجوان پسر به استفاده از کاندوم، پیش‌بینی کننده به‌مراتب بهتری از استفاده واقعی از کاندوم است تا نگرش او به پدر شدن. ممکن است این نوجوان علاقه‌ای به پدر شدن نداشته باشد ولی به استفاده از کاندوم نیز نگرش ناخوشایندی داشته باشد. بر اساس نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده، مورد دومی است که پیش‌بینی می‌کند او از کاندوم استفاده نمی‌کند. نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر این فرض استوار است که انسان خردمند است و برای اخذ تصمیم‌های معقول می‌تواند از اطلاعات استفاده کند (آرُنسن، ویلسن و آکرت، ۲۰۰۳).

نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی

نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر این فرض است که رفتار، تابعی از تمایل فرد به انجام یک نیت رفتاری است. البته نیت انجام یک رفتار، تابعی است از نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی فرد در مورد آن رفتار (رومانو و نتلند، ۲۰۰۸).

نگرش‌ها، به باورهای فرد در مورد رفتار، باورها درباره ارتباط بین رفتار و نتایج و ارزش‌های مرتبط با نتایج اشاره دارد. برای مثال، در رابطه با برنامه‌های پیشگیری از مصرف سیگار در نوجوانانِ مدرسه رو، با توجه به نیازها و علائق فوری نوجوانان، برنامه‌هایی که بر عواقب درازمدت مصرف سیگار در کسانی که ۲۰ سال سیگار می‌کشند، تمرکز می‌کنند، نمی‌توانند آنان را متقاعد کنند، ولی برنامه‌هایی که نشان می‌دهند چگونه سیگار کشیدن به تضعیف بهداشت منجر می‌شود(مثل تغییر رنگ دندان، بوی بددهان و بوی تنباکو) می‌توانند روش‌های متقاعدکننده‌تری در تغییر نگرش نوجوانان درباره مصرف سیگار باشند (لانتز[1] و همکاران، ۲۰۰۰). به‌واسطه‌ی نشان دادن هزینه سیگار (برای مثال، می‌توان از پولی که صرف سیگار می‌شود، در خریدهای لذت‌بخش‌تری مثل خرید لباس یا بلیت کنسرت استفاده شود) و این‌که چگونه مصرف دخانیات بر مهارت‌های ورزشی تأثیر منفی می‌گذارد، نگرش نوجوانان به سیگار کشیدن تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

هنجارهای ذهنی یا اجتماعی به باورهای فرد در مورد آنچه دیگران درباره‌ی یک رفتار فکر می‌کنند و اهمیتِ تائید یا عدم تائید دیگران در مورد آن رفتار، اشاره دارد. مهم است که در مثال مصرف سیگار، هنجارهای اجتماعی اندازه‌گیری شوند. برای مثال، ممکن است بازدارنده‌های قوی اجتماعی در سیگار کشیدنِ یک نوجوان، عدم تائید والدین، مربی یا دیگر بزرگ‌سالانِ تأثیرگذار در نقش یک الگو باشد، یا در تأثیرگذارترین شکل، گروه‌های همسال نوجوان را شامل شود. (در آمریکا) فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال غیرقانونی است که می‌تواند در ارتباط با هنجارهای اجتماعی گسترده‌تر یک بازدارنده محسوب شود. هنجارهای اجتماعی در بزرگ‌سالان در بسیاری از موارد متفاوت است. برای مثال، منع مصرف سیگار در ساختمان‌ها، برخی مجامع و مکان‌های عمومیِ سرباز،

. lantz۱

می‌تواند بزرگ‌سالان را در ترک سیگار انگیزه‌مند کند، کما این‌که این‌گونه سیاست‌گذاری‌ها نشان‌دهنده عدم تائید عمومی افراد سیگاری است. علاوه بر این، در رابطه با پیامدهای سلامتیِ ناشی از مصرف سیگار و نگرش‌های دیگران در رابطه با فردی که این‌گونه خطرات را نادیده می‌انگارد، بزرگ‌سالان بیشتر آگاه می‌شوند.

نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی از طریق فرآیند ارزیابی باورهای فرد در رابطه با یک رفتار مشخص شکل می‌گیرد. درنتیجه، باورها از نگرش‌های فردی و هنجارهای اجتماعی نشئت می‌گیرند. باورها نیز به‌نوبه خود از نیت‌های رفتاری حمایت می‌کنند. روشن است که نیت‌های رفتاری منجر به انجام رفتار می‌شوند. فیش باین (۱۹۶۷) بین باورها، نگرش‌ها، نیات و رفتارها با توجه به تعاریف و مقیاس‌های اندازه‌گیری تمایز روشنی قائل شد (مونتانو و کاسپرزیک، ۲۰۰۲).

نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده[1]

آیزن (۱۹۹۱) نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده را به‌عنوان بخشی از نظریه عمل مستدل و به‌منظور تبیین آن دسته از رفتارهایی که کاملاً تحت کنترل فرد نیستد، مطرح کرد. او بر اساس باور فرد (باورهای کنترل) در مورد توانایی‌های خود در انجام یک رفتار مشخص، مؤلفه‌ی احساس کنترل بر رفتار[2] را اضافه کرد. فردی که باورهای محکمی دارد که می‌تواند یک رفتار را به پایان برساند، "احساس کنترل بر رفتار" بالایی دارد. این موضوع نیات رفتاری و تعهد در رفتار را تقویت می‌کند؛ عکس این موضوع برای کسی صادق است که در مورد به پایان رساندن یک رفتار، باورهای منفی دارد. باورهای منفی برای شخص، درونی یا بیرونی هستند. مثال در مورد باورهای درونی، ارزیابی فرد از توانایی‌اش در انجام یک رفتار است و مثال درباره باورهای مربوط به کنترل بیرونی، درک این موضوع است که برای انجام یک رفتار پول ندارد. ترکیب نظریه‌ی عمل مستدل و رفتار برنامه‌ریزی‌شده حاکی از آن است که هرچه نگرش‌ها، هنجارهای ذهنی و احساس کنترل مستحکم‌تر باشد، نیت انجامِ رفتار مدنظر برای تغییر، قوی‌تر خواهد بود؛ ازاین‌رو احتمال این‌که رفتار مدنظر انجام شود، بیشتر خواهد شد. به شکل نمادین، ارتباط بین این متغیرها به شکل زیر قابل‌نمایش است:

رفتار = نیات =(نگرش‌ها+ هنجارها + کنترل)

در برخی از موقعیت‌ها، ممکن است فرد برای انجام یک رفتار انگیزه‌مند باشد، ولی عوامل محیطی یا زمینه‌ای، مؤلفه‌ی احساس کنترل را در او کاهش دهد. برای مثال، ممکن است باورهای مذهبی یا فرهنگی، احساس کنترل را در فرد کاهش دهد، نظیر آن دسته از باورهایی که مانع از این می‌شود عضوی از یک گروه مذهبی یا فرهنگی به یک روش پزشکی تن در دهد یا از روش‌های کنترل جمعیت استفاده کند. این امکان وجود دارد که به علت

---

[1]. Theory of Planed Behavior

[2]. Perceived behavioral control: (منظور از این مؤلفه، درک فرد از راحتی یا دشواری انجام یک رفتار مشخص است.م)

مجازات شدید اجتماعی در رابطه با روابط جنسی، نوجوانان از مصرف کاندوم اجتناب کنند، درنتیجه با خطرات بیماری‌های قابل‌انتقال جنسی یا بارداری ناخواسته مواجه شوند. ازاین‌رو، ممکن است افراد، کنترلی بر تغییر یک رفتار نداشته باشند، چراکه معتقدند از طرف گروه‌های همسال، خانواده، یا دیگر اعضای جامعه برای حفظ وضع موجود تحت‌فشار قرار دارند. برای مثال، ممکن است مقاومت در برابر تغییر در بین همسالان نوجوان در مدرسه یا در بین همکاران بزرگ‌سال در محیط کار به وجود آید. ممکن است فشار همسالان بر نوجوان در انجام رفتارهای ناسالم، شدید باشد. هم‌چنین ممکن است بزرگ‌سالان نیز در رابطه با تغییرات رفتاری که مایل به انجام آن هستند احساس کنترل را از دست بدهند. برای مثال ممکن است یکی از زوجین غذاهای پرکالری تهیه کند، حال‌آنکه همسرش در تلاش برای کاهش وزن باشد.

آیزن (۱۹۹۱) و آلبراسین[۱]، فیش باین، جانسن و مولرلیل[۲] (۲۰۰۱) دریافتند احساس کنترل بر رفتار، مستقیماً نیات رفتاری و رفتار مدنظر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌ویژه وقتی‌که احساس کنترل، تسهیل‌کننده بوده و کنترل ارادی پایین باشد. آرمیتاژ و کانر (۲۰۰۱) در تحلیل عاملی خود با استفاده از ۱۸۵ پژوهش، از مفهوم احساس کنترل بر رفتار حمایت کردند. آنان به این نتیجه رسیدند در پیش‌بینی کردن نیات و رفتار وقتی‌که کنترل ارادی پایین است، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده همراه با نظریه‌ی عمل مستدل، تأثیرگذارتر است تا نظریه‌ی عمل مستدل به‌تنهایی. وقتی‌که کنترل ارادیِ کاملی وجود دارد، احساس کنترل بر رفتار، تأثیری بر نیت رفتاری ندارد. البته وقتی ارزیابی کنترل بر رفتار[۳] نادرست یا ناصحیح باشد، تأثیر احساس کنترل بر رفتار مسئله‌زا خواهد شد (آرمیتاژ و کانر، ۲۰۰۱). مثالی که در این مورد می‌توان مطرح کرد فردی است که صرفاً معتقد باشد بر یک رفتار کنترل دارد ولی در عمل این‌گونه نباشد. بر این اساس مردی را در نظر بگیرید که معتقد باشد هر وقت اراده کند می‌تواند مصرف الکل را کنار بگذارد. مونتانو و کاسپرزیک در تحقیق خود (۲۰۰۱) مجموعه‌ای از مقالات را بررسی کردند که نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در رفتارهای متعدد سلامتی به کار گرفته شده بود که شامل غربالگری سلامت، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و فعالیت‌های ورزشی می‌شد. این مطالعات عموماً از احساس کنترل بر رفتار به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌ی نیت انجام یک رفتار مدنظر، مثل انجام واقعی آن رفتار حمایت کرده‌اند.

استخراج پژوهشی[۴]

نظریه عمل مستدل/ درک رفتار، روش پژوهشی را ارائه می‌کند که در فعالیت‌های پیشگیرانه بسیار سودمند و مهم است. این روش، *استخراج پژوهشی* نامیده می‌شود که متغیرهای ویژه‌ی درون‌گروهی را شناسایی و

. albarracin۱

. muellerleile۲

۳. behavioral control

. Elicitation research۴

اندازه‌گیری می‌کند که برای متغیرهای نظریه‌ی عمل مستدل و درک رفتار مهم هستند. طی استخراج پژوهشی، متغیرهای باور (نظیر باورهای رفتاری، باورهای هنجارهای اجتماعی و باورهای کنترل) در مورد رفتارِ مدنظر، پیش از طراحی یک مداخله‌ی پیشگیرانه، ارزیابی می‌شوند تا بدین ترتیب نگرش‌ها و باورها، هنجارهای اجتماعی، احساس کنترل بر رفتار و نیات رفتاری در جمعیتی که مداخله‌ی پیشگیرانه‌ای برای آن مدنظر قرار گرفته است، بهتر درک شود. متخصصان پیشگیری و محققان پیش از اجرای یک مداخله، می‌توانند از طریق استخراج پژوهشی اطلاعات مربوط به عوامل مهمی را به دست آورند که تغییر رفتار را تسهیل کرده یا مانع از آن می‌شوند (رومانو و نتلند، ۲۰۰۸). استخراج پژوهشی منحصر به نظریه عمل مستدل و درک رفتار بوده و روشی بسیار مناسب در مداخلات پیشگیری است که برای اعضای گروه‌های اقلیت و یا رفتارهای با شیوع کم استفاده می‌شود (مونتانو و کاسپرزیک، ۲۰۰۲). این روش موجب درک متغیرهایی می‌شود که برای افراد دریافت‌کننده مداخله‌ی پیشگیرانه، مهم هستند. برای مثال لازم است که پیش از اجرای برنامه پیشگیری از اختلالات خوردن در دختران مقطع راهنمایی، در مورد باورهای آنان درباره غذا و تغذیه اطلاعاتی جمع‌آوری گردد. براین اساس، جمع‌آوری اطلاعات از زیرگروهی از این دخترانِ که به‌تازگی در آمریکا اقامت گزیده‌اند، اهمیت می‌یابد چراکه ممکن است نگرش‌ها، باورها و هنجارهای آنان در مورد غذا و درک از خود[1] در مقایسه با آن دسته از دخترانی که در آمریکا متولد شده‌اند، فرق داشته باشد. استخراج پژوهشی اطلاعاتی را فراهم می‌کند که مداخله به‌گونه‌ای شکل بگیرد که جوابگوی باورهای مربوط به غذا خوردن در همه‌ی دختران باشد. رومانو و نتلند (۲۰۰۸) نمونه‌ی روشنی از استخراج پژوهشی و کاربرد آن در چارچوب نظریه عمل مستدل و درک رفتار را ارائه کرده‌اند.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

نظریه عمل مستدل و درک رفتار به‌ویژه با مداخلات پیشگیرانه‌ای سازگار است که با اجتماعات چند فرهنگی و چندملیتی سروکار دارند. در اینگونه موارد، روش استخراج پژوهشی ، اطلاعات مربوط به باورهای فرهنگیِ مرتبط با رفتار مدنظر را فراهم می‌کند. برای مثال، رامیرز، براو و کاتسیکاس[2] (۲۰۰۵) دریافتند که در زنان کلمبیایی در مقایسه با زنان آمریکایی برای شیردهی سینه‌ای به بچه‌هایشان، درک حمایت اجتماعی، عامل مهمی است. در موردی دیگر، نظریه عمل مستدل و درک رفتار، برنامه پیشگیری از اچ.آی.وی در نوجوانان لاتین با درآمد پایین را پایه‌ریزی کرد (کانیاک-گریفین[3] و همکاران، ۲۰۰۳). این برنامه پیشگیری که پروژه چارم[4] نام داشت، بر مراقبت مادری و تأثیرات مخرب اچ.آی.وی/ایدز بر اجتماع تأکید داشت. یکی از یافته‌های پیگیری شش‌ماهه این بود که قصد دختران لاتین در استفاده از کاندوم افزایش نشان داد و دیگر این‌که شرکای جنسی

. Self-perception۱

۱. Ramirez,bravo, katsikas

. Koniak-griffin۳

. CHARM۴

کمتری داشتند. همچنین، مونتانو و کاسپرزیک (۲۰۰۲) به‌منظور شناسایی بهترین پیش‌بینی کننده‌های نیات رفتاری در استفاده از کاندوم در بین گروهی از زنان سیاه‌پوست، اسپانیایی‌تبار و سفیدپوست مطالعه‌ای را انجام دادند. محققان، در رابطه با متغیرهای نظریه عمل مستدل و درک رفتار با سه گروه قومی ذکر شده از روش استخراج پژوهشی استفاده کردند. باوجودآنکه آنان تفاوت‌هایی را در بین اعضا گروه یافتند، ولی مدلی را گزارش کردند که "منجر به پیش‌بینی بسیار صحیح قصد استفاده از کاندوم در مداخلات "(ص.۸۸) می‌شد. مونتانو و کاسپرزیک مواردی از مداخلات را ارائه کردند که ممکن بود در مطالعه‌ی آنان برای هر گروهی از زنان برجسته باشد. برای مثال، طی این تحقیق، پژوهشگران پیشنهاد دادند که یکی از مداخلات ممکن برای زنان سیاه‌پوست، افزایش باور هنجاری آنان در مورد شرکایشان باشد که باید از کاندوم استفاده کنند؛ برای زنان اسپانیایی‌تبار، مداخله می‌تواند افزایش این باور رفتاری باشد که استفاده از کاندوم، آرامش آنان را حین ارتباط جنسی افزایش می‌دهد؛ و برای زنان سفیدپوست، مداخله می‌تواند کنترل رفتاری را افزایش دهد به‌این‌ترتیب که بر این باور متمرکز شوند که در زمان استفاده از کاندوم، از رابطه‌ی جنسیِ بی‌خطری برخوردار هستند. این‌گونه نمونه‌ها اهمیت اجرای استخراج پژوهشی پیش از نهایی کردن یک برنامه پیشگیرانه را نشان می‌دهد.

رومانو و نتلند (۲۰۰۸) محدودیت‌های مفهومی و پژوهشی نظریه عمل مستدل و درک رفتار را بررسی کردند. بر اساس نظرات آنان، یکی از محدودیت‌های مفهومی، این مفروضه است که رفتار، به‌تنهایی تحت تأثیر قصد و نیت قرار می‌گیرد. درواقع، رفتار پیشین می‌تواند بهترین پیش‌بینی کننده رفتار آتی باشد (ساتن، مک وی و گلارز، ۱۹۹۹). این موضوع به‌این‌علت رخ می‌دهد که محرک محیطی یا عواملی که از رفتارهای پیشین حمایت می‌کنند، تغییر نکرده‌اند و عمل کردن به شیوه‌های جدیدی که توسط محیط حمایت نمی‌شود، دشوار می‌شود. بااین‌وجود، توجه دقیق به هنجارهای اجتماعی که از رفتار هدفِ مدنظر حمایت می‌کنند، می‌تواند در کاهش یا کمرنگ کردن این محدودیت مفید باشد. آبراهام و شیران[1] (۲۰۰۳) به این موضوع پرداختند که چون نظریه عمل مستدل و درک رفتار بر یک رفتار منفرد تمرکز دارد، ممکن است، دیگر رفتارهای کمتر دلخواه، جذاب‌تر شده و با رفتار مدنظر برای تغییر، رقابت کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش‌های تجربی در نظریه عمل مستدل و درک رفتار این است که به‌جای استفاده از طرح‌های طولانی‌مدت[2] از طرح‌های مقطعی[3] استفاده می‌کند. درنتیجه، ممکن است مطالعات، به‌درستی قصد رفتاری را ارزیابی کند ولی تغییر رفتار ارزیابی نشود (رومانو و نتلند، ۲۰۰۸). طرح‌های ضعیف یا فاقد استخراج پژوهشی می‌توانند آگاهی و درک از باورهای شرکت‌کننده در مورد رفتار مدنظر برای تغییر را کاهش داده و

---

1. Abraham & sheeran
2. Longitudinal
3. Cross- sectional

درنتیجه به مداخله‌ی پیشگیری لطمه وارد کند. گرچه آیزن و فیش باین (۲۰۰۴)، اوکانر[۱] و آرمیتاژ (۲۰۰۳) بحث کردند که وقتی مقیاس‌های مستقیمِ تغییرِ رفتار، قابل جمع‌آوری نیست، می‌توان نیات رفتاری را جایگزین رفتارهای واقعی نمود. البته هدف اساسی مداخلات پیشگیرانه، تغییر رفتارهای واقعی است. باوجودی که مطالعات طولی که به‌خوبی طراحی‌شده باشند هزینه‌بر بوده و تداوم آن‌ها دشوار است، ولی ضروری است که برای درک مهم‌ترین متغیرهای نظریه عمل مستدل و درک رفتار و ارتباط آنان با تغییر رفتار واقعی، در طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه، اقدامات پژوهشی قابل‌توجهی در دستور کار قرار گیرد.

مدل باور سلامتی

مدل باور سلامتی طی دهه ۱۹۵۰ توسط روان شناسان اجتماعی در اداره‌ی خدمات سلامت عمومی آمریکا[۲] شکل گرفت (هاچبام[۳]، ۱۹۵۸؛ روزن استاک[۴]، ۱۹۷۴). مشاهده‌ی تعداد افراد اندک در غربالگری سل، محققان را بر آن داشت تا دریابند که چرا دسته‌ای از افراد در مداخلات پیشگیری از بیماری که شناسایی زودهنگام را فراهم می‌کند، شرکت کرده و دسته‌ای دیگر شرکت نمی‌کنند. آنان دریافتند که باورها درباره بیماری و روش‌های غربالگری، عاملی است که در تمایز افراد، نقش دارد.

باورهای سلامتی

مدل باور سلامتی، مدلی شناختی است که پیشگیری زودهنگام، غربالگری و بیماری را به‌عنوان کارکرد چهار باور ذهنی و شخصی در مورد سلامتی در نظر می‌گیرد:

(الف) احساس آسیب‌پذیری[۵]، **(ب)** شدت[۶] درک شده، **(ج)** فواید درک شده و **(د)** موانع درک شده (جانز و همکاران،۲۰۰۲).

- احساس آسیب‌پذیری عبارت است از میزانی که فرد باور دارد به یک بیماری (و عود مجدد آن) مبتلا شده یا درگیر رفتاری می‌شود که منجر به یک آسیب می‌شود.
- شدت درک شده به باورهای مربوط به شدت پیامدهای ابتلا به یک بیماری (یا رها کردن آن بدون درمان) یا گسترش یک آسیب اشاره دارد.

. O’connor۱

. U.S. Public Health Service۲

. Hochbaum۳

. Rosenstock۴

. Perceived susceptibility۵

. severity۶

- فواید درک شده باورهایی هستند که مطرح می‌کنند آیا یک رفتار پیشگیرانه خطر رشد یک بیماری یا یک آسیب و شدت آن را کاهش خواهد داد؛ علاوه بر این فواید درک شده، باور در مورد فواید بی‌ارتباط با سلامتی را نیز شامل می‌شود.
- موانع درک شده حاکی از زیان‌ها یا موانع انجام یک عمل پیشگیرانه است. موانع شامل زمان، هزینه، راحت نبودن، درد و ناراحتی روانی است.

احساس آسیب‌پذیری و شدت درک شده همراه باهم، تهدید درک شده را تشکیل می‌دهند که انگیزه برای عمل را فراهم می‌کنند. البته دوره عمل، بستگی به فواید و موانع درک شده نیز دارد (روزن استاک، ۱۹۷۴). متغیرهای جمعیت شناختی، روان‌شناختی و فرهنگی می‌توانند به‌طور غیرمستقیم به‌واسطه تأثیر بر باورهای سلامتی بر رفتارهای سلامتی تأثیر بگذارند. برای مثال سطح تحصیلات، موردعلاقه‌ی پژوهشگرانِ مدل باور سلامتی بوده است چراکه به‌عنوان متغیری محسوب می‌شود که رفتارهای سلامتی را با کمک به شکل‌گیری باورهای سلامتی تحت تأثیر قرار می‌دهد (جانز و همکاران، ۲۰۰۲). این مدل معتقد است که افراد در صورتی حاضر هستند برای پیشگیری، شناسایی، یا مدیریت یک خطر اقدام کنند که باور داشته باشند: (الف) نسبت به آن شرایط آسیب‌پذیر هستند، (ب) آن شرایط پیامدهای جدی در بردارد، (ج) رفتار پیشگیرانه در کاهش خطر یا پیامدهای آن شرایط مؤثر است و (د) فواید انجام رفتار پیشگیرانه بیش از هزینه‌های آن است.

محرک‌ها

علاوه بر چهار سازه‌ی مربوط به باورها، مدل باور سلامتی، مفهوم محرک [1] را نیز مطرح می‌کند. محرک‌ها، عبارت‌اند از هر نوع رخداد بیرونی یا درونی که فرد را تشویق می‌کنند بر اساس باورهای مربوط به‌سلامتی خود عمل کند. تذکر از طرف دوستان مبنی بر خطرناک بودن رانندگی بعد از مصرف الکل، خبر جراید در مورد تصادف به علت مصرف الکل توسط راننده، یا تشویق به افزایش فعالیت بدنی بعد از شرکت در آزمون آمادگی جسمانی ازجمله مثال‌هایی است که به‌عنوان محرک، افراد را به انجام اقدامات پیشگیرانه ترغیب می‌کند.

مدل باورهای سلامتی و نظریه شناخت اجتماعی

روزن استاک، استرچر و بکر[2] (۱۹۸۸) شباهت‌های بین مدل باورهای سلامتی و نظریه‌ی شناخت اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶) را ارزیابی کردند و مدل بسط یافته‌ای از مدل باورهای سلامتی را مطرح کردند که مفهوم خود کارآمدیِ[3] موجود در نظریه‌ی شناخت اجتماعی را هم در بر دارد. نظریه‌ی شناخت اجتماعی و مدل باورهای

. Cues to action۱

. Rosenstock, stretcher, & becker۲

. Self- efficacy۳

سلامتی، نظریه‌های روان‌شناسی شناختی هستند که فرض بر آن دارند که انجام یک رفتار بستگی به ارزش‌هایی دارد که فرد به‌عنوان نتایج آن رفتار مدنظر قرار می‌دهد. مورد دیگر اینکه به ارزیابی فرد در رابطه با توانایی‌اش برای انجام آن رفتار بستگی داشته و درنهایت به این بستگی دارد که آیا رفتار، منجر به نتایج مطلوب خواهد شد. جانز و بکر (۱۹۸۴) معتقد بودند که اگر فردی به انجام یک رفتار پیشگیرانه اطمینان نداشته باشد، می‌توان خود–کارآمدی او را به‌عنوان یک مانع در نظر داشت. بدین ترتیب، اگر فرد دارای این اطمینان است که قادر به انجام آن رفتار است، خود–کارآمدی او یک مزیت محسوب می‌شود.

روزن استاک و همکاران (۱۹۸۸) عنوان کردند که گنجاندن خود–کارآمدی در مدل باورهای سلامتی می‌تواند کاربرد مدل را از کوتاه مدت–رفتارهای پیشگیرانه‌ی سلامتیِ مقطعی–نظیر شرکت در برنامه‌های غربالگری سلامتی، به درازمدت و اهداف رفتاری پیچیده‌تر مثل انجام تمرین‌های ورزشی منظم یا تغییر عادات غذایی گسترش دهد. این موارد اغلب خود–کارآمدی بالاتری را می‌طلبند. روزن استاک و همکاران پیشنهاد دادند که خود–کارآمدی به‌عنوان متغیری متمایز، با چهار باور سلامتی و متغیرهای مربوط به محرک‌ها در مداخلات پیشگیرانه‌ی مدل باورهای سلامتی ترکیب شود. مطالعاتی که به بررسی مدل باورهای سلامتی همراه با خود–کارآمدی پرداخته‌اند، گزارش کرده‌اند که خود–کارآمدی بالاتر برای انجام یک رفتار پیشگیرانه، با افزایش احتمال انجام یا قصد انجام آن رفتار همراه است. این موضوع حاکی از آن است که گنجاندن خود کارآمدی می‌تواند مدل را تقویت کند (برای مثال، دی پائولی، مانونگی و کلپ[۱]، ۲۰۰۴؛ کلوبلن[۲]، ۱۹۹۹؛ زاک پِلیس و استرن[۳]، ۲۰۰۴). زاک–پلیس و استرن دریافتند که خود–کارآمدی قوی‌ترین و ثابت‌ترین پیش‌بینی کننده‌ی رفتار پیشگیرانه در بین متغیرهای مدل باورهای سلامتی است.

باوجودی که مدل باورهای سلامتی به شکلی گسترده موردتحقیق قرار گرفته است، بیشتر تحقیقات بر رفتارهایی متمرکز است که مستقیماً به نتایج پیشگیری سلامت جسمانی نظیر موارد مربوط به غربالگری سرطان مربوط‌اند (چامپین، ری، هایلمن و اسپرینگستن، ۲۰۰۰؛ جانز، رن، اسکاتفلد و گُیر، ۲۰۰۳). هریسن، مالن و گرین (۱۹۹۲) در رابطه با رفتارهای پیشگیرانه در بزرگ‌سالان با تحقیقات مربوط به مدل باورهای سلامتی که بین سال‌های ۱۹۶۶ و ۱۹۸۷ چاپ‌شده بود، یک تحلیل عاملی انجام دادند. با استفاده از ۱۶ تحقیق که واجد معیارهای شمول بودند، آنان نتیجه گرفتند که مفاهیم مدل باورهای سلامتی ارتباط معناداری با جهت‌های مورد انتظار از رفتارهای پیشگیرانه‌ی سلامتی نشان می‌دهند. این ارتباط با باورهای مربوط به سلامتی که حاکی از میزان نسبتاً جزئی پراکندگی[۴] در رفتارهای پیشگیرانه‌ی سلامتی است، ضعیف بود. درباره نقش محرک‌ها در پیش‌بینی رفتار

---

۱. De Paoli, Manongi, & Klepp

۲. Kloeblen

۳. Zak-Place & Stern

۴. variance

پیشگیرانه، پژوهش‌های محدودی وجود دارد، شاید به این دلیل که محرک‌ها اغلب ناپایدار بوده و برای شناسایی و اندازه‌گیری دشوار هستند (جانز و همکاران،۲۰۰۲). جانز و بکر (۱۹۸۴) پژوهش‌های مربوط به مدل باورهای سلامتی را بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که موانع درک شده، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده در رابطه با احتمال انجام رفتارهای پیشگیرانه سلامتی و شدت درک شده ضعیف‌ترین پیش‌بینی کننده بود. متغیرهای جمعیت شناختی، روان‌شناختی و فرهنگی نیز بر باورهای مربوط به سلامتی و درنتیجه سلامتی و رفتارهای مرتبط با آن تأثیر می‌گذارند.

گرچه اکثر تحقیقات اولیه در مورد مدل باورهای سلامتی، بر رفتارهای مربوط به سلامت جسمانی متمرکز بودند، مطالعات جدیدتر، رفتارهای پیشگیرانه‌ای را مدنظر قرار دادند که به شکلی مستقیم‌تر با روان‌شناسی و مشاوره ارتباط دارند. مطالعات مربوط به پیشگیری یا شناسایی اچ.آی.وی و دیگر بیماری‌های مقاربتی (دی پائولی و همکاران،۲۰۰۴؛ ماگوئن[۱]، آرمیستاد[۲] و کالیچمن[۳]، ۲۰۰۰؛ تاتو[۴]، چارن–پروچوونیک، دارن، آلبرچت و استون[۵]، ۲۰۰۳)؛ مطالعات مربوط به رفتارهای غذایی (کلوبلن، ۱۹۹۹) و فعالیت‌های بدنی (جانیپر و همکاران، ۲۰۰۴)، پیشگیری از حاملگی در دوران نوجوانی (اوت و لافرنیر[۶]، ۲۰۰۱)، رفتارهای پیشگیری از خشونت (همینگ و مرانتز[۷]، ۲۰۰۰)، باورهای سلامتی مربوط به وقتی‌که نوجوان در معرض دود غیرمستقیم سیگار قرار بگیرد (لی[۸] و همکاران،۲۰۰۳) و باورهای سلامتی در پیش‌بینیِ تبعیت از درمان در بین افراد دارای بیماری‌های روان‌شناختی (آدام و اسکات، ۲۰۰۰) ازجمله این‌گونه تحقیقات هستند.

در تحقیقی منحصربه‌فرد، اسپاث و ردمن (۱۹۹۵) با استفاده از مدل باورهای سلامتی به‌عنوان چارچوب تحقیق، ارتباط بین باورهای سلامتی و تصمیم والدین در شرکت در دوره‌های فرزند پروری را بررسی کردند. این مطالعه به بررسی این موضوع نیز پرداخت که چگونه عوامل زمینه‌ای نظیر درآمد، تعداد فرزندان و درجه مشکلات رفتاری کودک بر باورهای سلامتی و تصمیم‌های رفتاری تأثیر می‌گذارد. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۱۱۲۹ والدِ کودک کلاس پنجم در منطقه روستایی میدوست[۹] بودند. والدین در مصاحبه نظرسنجی تلفنی شرکت کردند که به حوزه‌ی باورهای سلامتیِ مرتبط، اطلاعات زمینه‌ای و بیان هدف از ثبت‌نام در برنامه فرزند پروری مربوط

. Maguen۱

. Armistead۲

. kalichman۳

. thato۴

. Charron- prochovnik, dorn, Albrecht, stone۵

. Out & lafrenier۶

. Hamming & morantz۷

. li۸

. Midwest۹

بود. باورهای مربوط به‌سلامتی با استفاده از مقیاس‌های جداگانه‌ای اندازه‌گیری شد: (الف) احساس آسیب‌پذیری که در آن از والدین درخواست می‌شد احتمال درگیر شدن نوجوان خود را در آسیب‌هایی نظیر مصرف الکل، نمرات ضعیف در مدرسه و رفتارهای جنسی پرخطر مشخص کنند؛ (ب) شدت درک شده که از آنان خواسته می‌شد مشخص کنند اگر نوجوان آن‌ها، یکی از آسیب‌ها را تجربه کند، چه اندازه نگران می‌شدند ؛ (ج) فواید درک شده که در آن از والدین سؤال می‌شد در هریک از مباحث برنامه فرزند پروری(نظیر روابط در خانواده، نظم مؤثر، فشار گروه همسال بر فرزند)، چه اندازه اطلاعات مفید دریافت خواهند کرد؛ و (د) موانع درک شده که در آن از والدین خواسته می‌شد موانعی مثل رفت‌وآمد به جلسات و هزینه‌ی دوره را نام برند که ممکن بود آنان را از ثبت‌نام در برنامه فرزند پروری منصرف کند. پژوهشگران دریافتند والدینی که فواید بیشتر و موانع کمتری را برای شرکت در دوره درک می‌کردند، تصمیم قوی‌تری نشان می‌دادند. افزون بر این، والدینی که مشکلات رفتاری احتمالی را شدیدتر ارزیابی کرده بودند، تمایل داشتند که فواید بیشتری را به برنامه نسبت بدهند. درنتیجه، شدت درک شده از طریق اثرات آن بر فواید درک شده، تأثیر غیرمستقیمی بر تصمیم رفتاری می‌گذاشت. البته احساس آسیب‌پذیری در فرزند در به وجود آمدن مشکلات رفتاری آتی نوجوان، ارتباطی با فواید درک شده نداشت. عوامل زمینه‌ای نظیر درآمد خانوادگی پایین‌تر و تعداد فرزندان، با موانع درک شده بیشتر در شرکت در دوره همراه بود.

تحقیق اسپاث و ردماند[1] (۱۹۹۵) محدودیت‌های مقطعی بودن را مطرح می‌کند که ارزیابی نیت رفتاری جای تغییر رفتار واقعی مثل ثبت‌نام در برنامه فرزند پروری را می‌گیرد. البته نتایج حاکی از آن بود که باورهای سلامتی درباره شدت مشکلات نوجوان و فواید و موانع شرکت در برنامه فرزند پروری، تصمیم والدین برای ثبت‌نام در برنامه را تحت تأثیر قرار داد. علاوه براین، نتایج نشان داد متغیرهای زمینه‌ای، تأثیرات مهمی بر باورهای سلامتی دارند. نتایج این تحقیق به شکلی گسترده با مدل باورهای سلامتی سازگار است.

جانیپر و همکاران (۲۰۰۴) ارتباط بین مدل باورهای سلامتی و مراحل تغییر در مدل بین نظری تغییر رفتار را ارزیابی کردند. در این مطالعه مقطعی، آنان با استفاده از ۲۳۳ دانشجوی دختر آفریقایی-آمریکایی به این بررسی پرداختند که با توجه به مراحل مختلف تغییر در فعالیت بدنی، آیا باورهای سلامتی آنان تفاوتی دارد. این محققان دریافتند که در رابطه با پیامدهای بی‌تحرکی بدنی، افرادی که در مراحل بالاتر تغییر قرار داشتند، در مقایسه با افراد مراحل پایین‌تر، شدت درک شده ، محرک‌ها و خود-کارآمدی بالاتر و موانع کمتری را در انجام فعالیت بدنی گزارش کردند. این یافته‌ها همسو با پیش‌بینی‌های ترکیب‌شده‌ی مدل باورهای سلامتی و مدل بین نظری تغییر رفتار است و ارتباط جالبی را بین این دو مدل طرح می‌کند. دیگر محققان بر اساس این دو مدل برای افزایش غربالگری ماموگرافی به‌واسطه پیام‌های مداخله‌ایِ متناسب با باورهای سلامتی و مرحله تغییر، مداخلاتی را طراحی کردند (چامپین[2] و همکاران،۲۰۰۰).

---

[1]. Redmond

[2]. Champion

نقاط قوت و محدودیت‌ها

در حوزه‌ی مدل باورهای سلامتی به‌منظور ارزیابی شباهت‌ها و تفاوت‌های فرهنگیِ باورهای سلامتی و مفروضه‌های اساسی آن در فرهنگ‌های مختلف، تحقیقات متعددی انجام شده است(چمپین و همکاران،۲۰۰۰؛ دی پائولی و همکاران،۲۰۰۴؛ ای.اس.جیمز، کامپل و هادسن[1]، ۲۰۰۲؛ جانیپر و همکاران،۲۰۰۴؛ تاتو همکاران،۲۰۰۳). نتایج به‌دست‌آمده دال بر آن است که مدل باورهای سلامتی در بافت چند فرهنگی، چارچوب کارآمدی است ولی اهمیت باورها در ارزیابی‌ها نیز مهم است، همان‌گونه که در روش استخراج پژوهشی، مقیاس‌های متناسب نقش دارند (چامپین و اسکات، ۱۹۹۷؛ دیگنان[2] و همکاران،۱۹۹۴؛ جانز و همکاران،۲۰۰۲؛ ای.ام.میلر و چامپین، ۱۹۹۷). تنوع باورهای سلامتی در بین فرهنگ‌ها ایجاب می‌کند که برای شناسایی باورهای مهم سلامتی درباره رفتارهای مدنظر برای تغییر در یک مداخله‌ی پیشگیرانه، پژوهش‌های آزمایشی انجام شود.

برخی از محدودیت‌های مفهومی مدل باورهای سلامتی بررسی‌شده است. برای مثال این مدل برخلاف تئوری عمل مستدل/رفتار برنامه‌ریزی‌شده، اثرات اجتماعی را مستقیماً بر رفتار در نظر نمی‌گیرد (واین استاین[3]، ۱۹۹۳). البته جانز و بکر (۱۹۸۴) معتقد بودند که مفهوم هنجارهای اجتماعیِ مطرح‌شده در نظریه‌ی عمل مستدل، اصلاح‌شده‌ی همان مفاهیم فواید و موانع درک شده است. همان‌گونه که پذیرش اجتماعی می‌تواند فایده درک شده‌ی تغییر رفتار باشد، عدم پذیرش اجتماعی، یک مانع قلمداد می‌شود. علاوه بر این، واین استاین (۱۹۹۳) یادآور شد به علت این‌که مدل باورهای سلامتی، یک نظریه‌ی مرحله‌ای[4] نیست، ممکن است فرایند تغییر رفتار را بیش‌ازحد ساده نشان دهد. به‌علاوه این احتمال وجود دارد که وقتی تصمیم به تغییر یک رفتار گرفته می‌شود، در مقایسه با وقتی‌که در عمل، یک رفتار جدید ایجاد و حفظ می‌شود، عوامل و اثرات مختلفی نقش داشته باشند. تلفیق مدل باورهای سلامتی با دیگر مدل‌ها، نظیر مدل بین نظری تغییر رفتار و تئوری عمل مستدل/رفتار برنامه‌ریزی‌شده، می‌تواند مداخلات پیشگیریِ جامع‌تری را شکل دهد (چامپین و همکاران،۲۰۰۰؛ جانیپر و همکاران،۲۰۰۴).

لازم به ذکر است که در رابطه با روش‌شناسی تحقیقات مدل باورهای سلامتی نیز مشکلاتی وجود داشته است. برای مثال، هریسن و همکاران (۱۹۹۲) از بین ۱۴۷ تحقیق فقط ۱۶ تحقیق را شناسایی کردند که واجد ملاک‌های شمول در تحلیل عاملی مدل باورهای سلامتی بودند. بسیاری از تحقیقات به‌این‌علت کنار گذاشته شدند که تمامی متغیرهای مدل باورهای سلامتی را ارزیابی نکرده بودند و یا به‌این‌علت حذف شدند که مقیاس

---

1. A.s.james, Campbell,& Hudson
2. Dignan
3. Weinstein
4. Stage Theory

روایی[۱] را گزارش نکرده بودند. در پژوهش‌های مدل باورهای سلامتی، محدودیت‌های دیگر نیز به‌کرات وجود دارد.

- بیشتر تحقیقات این حوزه ، مقطعی هستند. به علت این‌که مدل باورهای سلامتی درصدد پیش‌بینی تغییر در رفتار است، مطالعات مقطعی در مقایسه با مطالعات طولی که می‌توانند تغییر رفتار را بسنجند، ارزیابی‌های کمتر موشکافانه‌ای ارائه می‌کنند (جانز و همکاران،۲۰۰۲؛ واین استاین، ۱۹۹۳).
- در تحقیقات، اندازه‌گیری متغیرهای مدل باورهای سلامتی، به شکلی گسترده تفاوت دارد. این مسئله تناقض‌هایی را در تاریخچه‌ی پژوهشی به وجود آورده و منجر به استفاده از مقیاس‌هایی با روایی و پایایی نامشخص می‌شود (جانز و همکاران،۲۰۰۲؛ پاس[۲]، ۲۰۰۱؛ واین استاین، ۱۹۹۳).
- در پژوهش‌ها مدل باورهای سلامتی به‌عنوان یک مدل منسجم شناخته نمی‌شود. برای مثال، ممکن است تهدید درک شده (ترکیبی از آسیب‌پذیری و شدت درک شده) مستقیماً رفتار را تحت تأثیر قرار ندهد، حال‌آنکه این امکان وجود دارد که فواید و موانع درک شده، تأثیر مستقیمی بر رفتارهای پیشگیرانه داشته باشند. این‌گونه تفاوت‌ها باعث شده است که محققان به ارزیابی مستقیم و غیرمستقیم تأثیرات متغیرهای مدل باورهای سلامتی روی آورند (جانز و همکاران، ۲۰۰۲؛ پاس، ۲۰۰۱؛ واین استاین، ۱۹۹۳).
- در مداخلات پیشگیرانه، تعداد کمی از مطالعات، برای شناسایی نقش باورهای سلامتی، از پژوهش‌های آزمایشی[۳] استفاده کرده‌اند. پژوهش‌های آزمایشی به‌این‌علت مهم هستند که باورهای سلامتی با توجه به جمعیت‌های مختلف و تغییر رفتار پیشگیرانه‌ی مدنظر، فرق می‌کنند (دیگنان و همکاران، ۱۹۹۴؛ جانز و همکاران،۲۰۰۲). برای مثال میلر و چامپین (۱۹۹۷) باورهای سلامتی مربوط به سرطان سینه و ماموگرافی را در نمونه‌ای از ۱۰۸۳ زن ارزیابی کردند. آنان گزارش کردند که زنان آفریقایی- آمریکایی در مقایسه با زنان سفیدپوست با احتمال بیشتری، ترس از تابش (اشعه) را به‌عنوان مانع ماموگرافی گزارش کردند و زنانی که درآمد پایین‌تری داشتند، در مقایسه با زنان با درآمد بالاتر، هزینه‌های درمانی را به‌عنوان مانع غربالگری در نظر گرفتند. ضعف در شناساییِ مهم‌ترین باورهای سلامتی می‌تواند منجر به نادیده گرفته شدنِ باورهای مرتبط و تمرکز بر موارد غیر مرتبط شود.
- تعدادی از مطالعات، به‌جای تغییر رفتار واقعی، ارتباط بین قصد انجام یک رفتار(نیت رفتاری) و متغیرهای مدل باورهای سلامتی را ارزیابی کرده‌اند. ازآنجایی‌که نیت رفتاری، ضرورتاً به عمل منجر

---

۱. Reliability

۲. Poss

۳. pilot reseaech

نمی‌شود، یافته‌های این‌گونه تحقیقات فاقد این قطعیت است که به تغییر رفتار واقعی منجر شوند. در همین رابطه می‌توان پژوهش‌هایی را انجام داد که به‌جای اندازه‌گیری باورهای سلامتی و تغییر رفتار ، تأثیر مداخله‌ی پیشگیرانه را بر رفتار(چامپین و همکاران،۲۰۰۱)، یا باورهای سلامتی(اوت و لافرنیر[۱]، ۲۰۰۱) ارزیابی کند تا مشخص شود که آیا مداخله‌ی مذکور باورهای سلامتی و رفتار را تغییر داده است یا خیر.

مصاحبه انگیزشی[۲]

مصاحبه انگیزشی یک روش تغییر انفرادی محسوب می‌شود که در ابتدا برای افرادی مطرح شد که مایل به ترک رفتارهای اعتیادی خود بودند. این روش بیش از سی سال پیش توسط میلر و همکاران (دبلیو.آر میلر و رالنیک[۳]، ۲۰۰۲؛ دبلیو.آر میلر و رز[۴]، ۲۰۰۹) به دنبال یافته‌های قابل‌توجهی شکل گرفت مبنی بر اینکه سبک بین فردی درمانگر، تأثیر قدرتمندی بر نتایج مشاوره اعتیاد در مراجع دارد. دبلیو.آر میلر و رالنیک (۲۰۰۲) مصاحبه‌ی انگیزشی را "روشی هدایتی[۵] و مراجع-محور[۶] برای افزایش انگیزه درونی تغییر به‌واسطه کشف و رفع تردیدها " تعریف کردند (ص.۲۵). گرچه نظریه فرد-محورِ[۷] کارل راجرز (۱۹۵۱) شالوده‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی محسوب می‌شود، ولی مصاحبه‌ی انگیزشی با مشاوره و تئوری غیر هدایتی راجرزی‌ها به‌این‌علت تفاوت دارد که مشخصاً هدایت‌کننده است. در مصاحبه‌ی انگیزشی، مشاور، گفتگو را به سمت کاهش تردیدهای مراجع برای ایجاد تغییر در رفتار مشکل‌ساز، هدایت می‌کند. برای مثال، ممکن است مشاور برای تغییر مصرف مضر الکل، تلاش کند به مراجع کمک کند که مقاومت نماید، به این معنی که مراجع ترغیب می‌شود انگیزه خود را برای اجتناب از مصرف الکل افزایش دهد.

مصاحبه‌ی انگیزشی، مداخله‌ای بین فردی است که بر اساس نظریه فرد-محور، بر همکاری مراجع و مشاور تأکید می‌ورزد. این روش تلاش می‌کند که انگیزه‌های درونی مراجع را برای تغییر برانگیزاند. در مصاحبه‌ی انگیزشی، افراد دارای این ظرفیت و اختیار هستند که دست به انتخاب‌های آگاهانه بزنند(دبلیو.آر میلر و رالنیک، ۲۰۰۲). به شکلی جامعه، دبلیو.آر میلر و رالنیک (۲۰۰۲) چهار اصل عمومی را مطرح کردند که مصاحبه‌ی

. Out & lafreniere۱

. Motivational interviewing۲

. W.R. Miller & Rollnick۳

. Rose۴

. directive۵

. Client- centered۶

. Person- Centered۷

انگیزشی را جهت می‌دهد: (الف) نشان دادن همدلی، (ب) تقویت تعارض‌ها[۱]، (ج) نرمش در مواجهه با مقاومت و (د) حمایت از خود–کارآمدی.

- نشان دادن همدلی، شبیه به مفهوم ارتباط همدلانه‌ی نظریه راجر است که شامل افزایش درک دیدگاه مراجع و تحمیل نکردن خواست مشاور است.
- تقویت تعارض‌ها، متفاوت از مشاوره‌ی سنتی فرد محور و غیر هدایتی است؛ این موضوع به بحث رهنمودی با مراجع درباره انگیزه‌هایش به تداوم رفتارهای مشکل‌ساز اشاره می‌کند. در این اصل، مشاور تعارض‌های مراجع درباره‌ی جایگزین کردن رفتارهای دشوار با رفتارهای افزایش‌دهنده‌ی سلامتی را به بحث می‌گذارد. گرچه، مصاحبه‌ی انگیزشی از رویکردهایِ درمانی غیر رهنمودی، هدایت‌کننده‌تر است، بااین‌وجود ارزش‌ها و علائق مشاور به مراجع تحمیل نمی‌شود ولی ترجیحاً به مراجع کمک می‌شود تا انگیزه‌های درونی خود را برای حفظ رفتار مشکل‌ساز فعلی یا ایجاد تغییرات مثبت کشف کنند.
- نرمش در مواجهه با مقاومت، در ارتباط با تقویت تضادهاست. بااین‌وجود، مشاور مقاومت مراجع را پذیرفته و می‌کوشد که مقاومت او را برای تغییر درک کند. مصاحبه‌ی انگیزشی، مراجع را تشویق می‌کند که در مورد مقاومت به تغییر، بحث کند و مشاور ضمن پذیرش دیدگاه مراجع، به او کمک می‌کند تا متوجه شود مقاومت چگونه می‌تواند به اهداف وسیع‌تر زندگی و ارزش‌های شخصی او ربط پیدا کند.
- حمایت از خود–کارآمدی، یکی از مفاهیم نظریه‌ی شناخت اجتماعی بندورا (۱۹۸۶) است که به باورهای مراجع در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌هایش در انجام رفتارهای جدید می‌پردازد. در نظریه‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی اصل بر این است که مراجع بپذیرد دارای مهارت‌ها و شایستگی‌های ضروری است تا در ادامه درگیر رفتار جدیدی شود که به‌تدریج ارتقا یابد. مشاوری که مصاحبه‌ی انگیزشی را می‌داند، به مراجع کمک می‌کند اهمیت مهارت‌هایی را درک کند که برای ایجاد تغییر ضروری است. این عمل یا از طریق گفتگو در مورد تغییراتی که قبلاً محقق شده، صورت می‌گیرد، یا به‌واسطه ارائه‌ی اطلاعات در مورد این‌که چطور دیگران به تغییرات مشابهی دست‌یافته‌اند.

تحقیقات مصاحبه‌ی انگیزشی

مصاحبه‌ی انگیزشی ابتدا از طریق آزمایش‌های بالینی برای ترک رفتارهای اعتیادی به وجود آمد. البته مصاحبه‌ی انگیزشی قبلاً در پیوستار وسیعی از رفتارهای دشوار نظیر اختلالات خوردن (پرایس – ایوانز و ترشر[۲]،

. discrepency۱

. Price – Evans & Treasure۲

۲۰۱۱)، قمار (کارلبرینگ، جانسن، جوزفسن و فارسبرگ[۱]، ۲۰۱۰) و پیشرفت‌های اندک تحصیلی (استرایت[۲] و همکاران، ۲۰۱۲) به کار گرفته‌شده است. به‌عنوان یک چارچوب، مصاحبه‌ی انگیزشی بیشتر در مداخلات پیشگیری انتخابی و مشخص استفاده شده است. مصاحبه‌ی انگیزشی در گروه‌های سنی مختلفی نظیر نوجوانانی که مواد مصرف کرده‌اند (جنسن و همکاران، ۲۰۱۱)، جوانان، دانشجویان (سپریچ و اینگرسال[۳]، ۲۰۱۱؛ لابریه، پدرسن، لم و کوینلن[۴]، ۲۰۰۷؛ نار-کینگ و سوارز[۵]، ۲۰۱۰) و بزرگ‌سالان (کمپل و همکاران، ۲۰۰۹) استفاده شده است.

چندین مطالعه‌ی پژوهشی در مورد مصاحبه‌ی انگیزشی انجام شده است که اغلب بر گروه‌های هدف خاصی متمرکز بوده‌اند. برای مثال دی. آر. تامپسون و همکاران (۲۰۱۱) به‌مرور تاریخچه‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی در پژوهش‌های سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۹ پرداختند که مربوط به سلامت قلبی-عروقی بود. آنان به این نتیجه رسیدند که مصاحبه‌ی انگیزشی در تغییر رفتار از نصیحت‌های مرسوم مؤثرتر بوده و این‌که به‌ویژه، انگیزه درونی فرد را برای تغییر فعال می‌کند. البته، آنان به این نکته نیز اشاره کردند که پژوهش‌های مربوط به مصاحبه‌ی انگیزشی اغلب به علت مشکلات روش‌شناختی مثل اندازه نمونه کوچک، به‌کارگیری نامتناسب مصاحبه‌ی انگیزشی و توجه کم به پایبندی کاربرد درمان، در معرض خطر قرار دارد. علاوه بر این تامپسون و همکاران، خلاصه‌ی چندین کاربرد درمانی مصاحبه‌ی انگیزشی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تحلیل عاملی حوزه‌های مختلف رفتار مشکل‌ساز، مثل سیگار، مواد مخدر، رژیم غذایی و ورزش، عموماً از مصاحبه‌ی انگیزشی به شکلی مثبت حمایت می‌کنند. بااین‌وجود، پژوهش‌هایی وجود ندارد که از مصاحبه‌ی انگیزشی به شکل مجزا در حوزه‌های مشخصِ رفتارهای آسیب‌زا استفاده کرده باشند.

بارنِت، ساسمن، رارباک و اسپرویت-متز[۶] (۲۰۱۲)، ۳۹ مطالعه‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی در نوجوانان را بررسی کردند که دارای مشکلات مصرف مواد بودند. دوسوم از آنان کاهش معناداری را در مصرف مواد نشان دادند. هیچ تفاوتی در پژوهش‌هایی که به‌تنهایی از مصاحبه‌ی انگیزشی استفاده کرده بودند یا ترکیبی از مداخلات دیگر را به کار گرفته بودند، یافت نشد. برگ، راس و تیکانن[۷] (۲۰۱۱) در بررسی ۹ تحقیق که از مصاحبه‌ی انگیزشی در مردان در معرض خطر اچ.آی.وی استفاده شده بود، بین مصاحبه‌ی انگیزشی و شرایط کنترل، تفاوتی

---

۱. Carlbring, Josephson, Forsberg

۲. Strait

۳. Ceperich & ingersoll

۴. laBrie, Pedersen, Lamb, & Quinlan

۵. Naar-king & Suarez

۶. Barnet, Sussman, Rohrbach, and Spruijt- Metz

۷. Berg, Ross, and Tikkanen

مشاهده نکردند. بااین‌وجود، در بیماران مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی مفرط، مصاحبه‌ی انگیزشی به کاهش وزن و کاهش توده بدنی کمک کرد (آرمسترانگ و همکاران، ۲۰۱۱). تابه‌حال، از بین ۱۰۱ مطالعه انجام‌شده، فقط ۱۲ مورد از آنان، واجد ملاک‌های شمول برای بررسی بوده‌اند که این موضوع، از ضعف روش‌های پژوهش در بدنه‌ی تحقیقات مربوط به مصاحبه‌ی انگیزشی حکایت می‌کند.

لوندال و برک[۱] (۲۰۰۹) به بررسی چهار پژوهشِ تحلیل عاملی پرداختند که مربوط به مصاحبه‌ی انگیزشی بود. این پژوهش طیفی از مسائل بالینی نظیر مصرف غیرقانونی مواد و دخانیات، رفتار مخاطره‌آمیز و فعال کردن مراجع در درمان را شامل می‌شد. محققان نتیجه گرفتند مصاحبه‌ی انگیزشی در مقایسه با وقتی‌که درمانی اِعمال نشده باشد، مؤثرتر است و به‌اندازه‌ی شیوه‌های دیگرِ درمانی تأثیر دارد. علاوه بر این، آنان دریافتند که مداخله‌ی گروهی مبتنی بر مصاحبه‌ی انگیزشی از درمان فردی کم اثرتر بوده و این‌که متغیرهای مراجع نظیر سن و شدت مشکل، ربطی به نتایج مصاحبه‌ی انگیزشی نداشت. در برخی موارد، این روش، در ترکیب با مداخلات درمانی دیگر تقویت شده بود.

در یک مطالعه‌ی آزمایش بالینی که مصاحبه‌ی انگیزشی با توصیه‌های جزئی[۲] به ترک سیگار در نوجوانان مقایسه شد، کولبی[۳] و همکاران (۲۰۱۲) متوجه شدند که مصاحبه‌ی انگیزشی، مصرف سیگار در نوجوانان را کاهش داد، ولی هیچ درمانی منجر به ترک سیگار نشد. در این مطالعه که به‌خوبی کنترل‌شده بود، ۱۶۲ نوجوانِ ۱۴ تا ۱۸ سال، یک جلسه درمان فردی و جلسات تلفنیِ پیگیری در ماه‌های اول، سوم و ششم دریافت کردند. گروه مصاحبه‌ی انگیزشی از خط پایه تا دوره‌ی یک‌ماهه‌ی پیگیری، کاهش معناداری را نشان داد و بعد از مداخله‌ی مصاحبه‌ی انگیزشی، هنجارهای مصرف سیگار در نوجوانان و بزرگ‌سالان صحیح‌تر درک شد. بااین‌وجود، کولبی و همکاران نتیجه گرفتند که این مطالعه حمایت اندکی از مصاحبه‌ی انگیزشی به عمل آورد.

مصاحبه‌ی انگیزشی به‌منظور بهبود پیشرفت تحصیلی در محیط‌های آموزشی استفاده شده است. استرایت و همکاران (۲۰۱۲) یک جلسه مصاحبه‌ی انگیزشی را در ۵۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی استفاده کردند و عملکرد تحصیلی آنان را با گروه کنترل در لیست انتظار (۵۰ نفر) مقایسه کردند. در مقایسه با گروه کنترل، دانش‌آموزانی که مصاحبه‌ی انگیزشی دریافت کردند، رشد قابل‌توجهی را در مشارکت کلاسی، رفتارهای آموزشی مثبت و نمرات بالاتر در درس ریاضی نشان دادند.

دیگر کاربردهای مصاحبه‌ی انگیزشی شامل مداخلات جزئی ارائه‌شده برای دانشجویانی بود که دچار حوادث ناشی از مصرف الکل شده بودند (بورساری و کری، ۲۰۰۰؛ لابریه، لم، پدرسن و کوینلن، ۲۰۰۶). جی.جی مورفی[۴]

---

۱. Lundahl and Burke

۲. Brief Advice

۳. colby

۴. J.G.Murphy

و همکاران (۲۰۱۲) یک مطالعه کنترل‌شده تصادفی را با استفاده از ۸۲ دانشجوی سال اول انجام دادند که طی آن، مصاحبه‌ی انگیزشی مختصر یا با یک جلسه در مورد فعالیت بدون مواد اعتیادآور و یا با آموزش آرمیدگی ترکیب شد. جلسه فعالیت بدون مواد، شامل بحث درباره شغل، اهداف تحصیلی و ترغیب دانشجویان به شرکت در فعالیت‌هایی مثل ورزش و هنرهای خلاقانه بود. ترکیب مصاحبه‌ی انگیزشی با جلسه فعالیت بدون مواد، در مقایسه با مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش آرمیدگی، کاهش معناداری را در مشکلات ناشی از الکل در پیگیری‌های یک و شش‌ماهه نشان داد.

برنامه[۱] شبکه–محورِ[۲] تندرستی و کاهش خطر الکل (MyStudentBody.com) بازخورد انگیزشی بر–خط[۳] و آموزش تندرستی را برای مشترکین سایت ارائه می‌کند. برنامه توسط ۱۹۵ دانشجو(کمی بیشتر) در آمریکا و خارج از آن برای استفاده‌کنندگان در معرض خطر بالای الکل اجراشده است. چیاأزی[۴]، گرین، لرد، تام و گلد استاین (۲۰۰۵) نشان دادند در دانشجویانی که مدت‌ها به میزان زیاد الکل مصرف می‌کردند، در مقایسه با دانشجویانی که در شرایط کنترل توجه به سر می‌بردند، مصرف الکل زیاد کاهش یافت.

سیل[۵] و همکاران (۲۰۱۲) برای آن دسته از سربازان پیشین جنگ عراق و افغانستان که مشخصاً برای مشکلات مربوط به‌سلامت روان با ارزیابی تلفنی، غربالگری شدند، مصاحبه‌ی انگیزشی را به کار گرفتند. طی یک دوره سه‌ساله، ۷۳ سرباز شناسایی شدند که درمانی دریافت نکرده بودند و حداقل یک مشکل سلامت روان داشتند. سربازان به شکل تصادفی در گروه چهار جلسه‌ای تلفنیِ مصاحبه‌ی انگیزشی قرار گرفتند تا ترغیب شوند برای خدمات سلامت روان ارجاع شوند، یا در گروهِ چهار جلسه‌ای تلفنیِ خنثی (کنترل) گنجانده شدند. مداخله مصاحبه‌ی انگیزشی و جلسات کنترل، طی یک دوره هشت‌هفته‌ای چهار بار انجام شد. افرادی که مصاحبه‌ی انگیزشی دریافت کردند مثل اعضای گروه کنترل دو برابر بیشتر اعلام کردند که قصد دریافت درمان را دارند. علاوه براین در مقایسه با گروه کنترل، آنان بار اول نرخ ماندگاری بالاتری در درمان را نشان دادند. محققان نتیجه گرفتند که در مقایسه با ارجاع تلفنی استاندارد، درمان مبتنی بر مصاحبه انگیزشی که به شکل تلفنی اجرا شد، تمایل سربازان برای دریافت خدمات سلامت روانی را افزایش داد.

درای و وید[۶] (۲۰۱۲) تحقیقاتی را بررسی کردند که در درمان اختلالات خوردن، تلفیقی از مدل بین نظری تغییر رفتار و مصاحبه‌ی انگیزشی را بکار گرفته بودند. آنان به این نتیجه رسیدند که در کل در ترکیب با مدل بین

. application۱

۲. web-based

. On line۳

. chiauzzi۴

. seal۵

. Dray and Wade۶

نظری تغییر، مصاحبه‌ی انگیزشی فقط کمی به کارآمدیِ درمان اختلالات خوردن افزود. گرچه در مطالعات مربوط به اختلال پرخوری[1] و بی‌اشتهایی روانی[2] این نکته دریافت شد که مصاحبه‌ی انگیزشی، انگیزه برای تغییر را افزایش می‌دهد. بااین‌وجود، عموماً پژوهش‌های مرور شده، ناهماهنگی در روش و شیوه، مقیاس‌های نتایج و طرح پژوهشی را نشان داد. درنهایت، نتیجه‌گیری قابل‌اطمینانی در مورد کارآمدی ترکیب مدل بین نظری تغییر رفتار با مصاحبه‌ی انگیزشی در درمان اختلالات خوردن حاصل نشد و محققان اذعان کردند که در این مورد پژوهش‌های جامع‌تری موردنیاز است.

سی.مورفی، لینیهان، راینر، ماسر و تفت[3] (۲۰۱۲) مداخله‌ی دو جلسه‌ای مصاحبه‌ی انگیزشی همراه با درمان شناختی رفتاری[4] را در مردانی به کار بردند که نسبت به شرکای خود خشونت می‌ورزیدند. مصاحبه‌ی انگیزشی، با یک جلسه استاندارد پذیرش، مقایسه شد. در مردانی که در ابتدا میلی به تغییر نداشتند، مصاحبه‌ی انگیزشی، تمایل بیشتری را برای تغییر به وجود آورد؛ در کسانی که مدعی بودند مشکل خود را حل کرده‌اند احتمال بیشتری به وجود آمد که از تکلیف‌های خانگیِ درمان شناختی رفتاری تبعیت کنند. علاوه براین، در مردانی که در فرایند تغییر در مرحله تعمق بالاتری به سر می‌بردند، مصاحبه‌ی انگیزشی به اتحاد کاری[5] قوی‌تر کمک کرد و کسانی که از خشم خصیصه‌ای[6] بالایی برخوردار بودند در جلسات گروهی بیشتر حضور یافتند. محققان در بین مردانی که از ابتدا تمایلی به تغییر نداشتند، حمایت ناچیزی در فواید مصاحبه‌ی انگیزشی و درمان شناختی رفتاری یافتند.

مارتینز و مک نیل (۲۰۰۹) به بررسی پژوهش‌هایی پرداختند که از مصاحبه‌ی انگیزشی برای تأثیر بر رفتارهای ارتقای سلامت استفاده شده بود. به شکلی مشخص، مجموعه‌ای از ۳۷ پژوهش بررسی شد که ۲۴ مورد از آنان بر رژیم غذایی و ورزش؛۹ مورد بر دیابت؛ و ۴ مورد بر بهداشت دهان[7] متمرکز بودند. درمجموع، آنان دریافتند که مصاحبه‌ی انگیزشی در ارتقا تغییر رفتار در حوزه‌های ذکرشده، مؤثر است. باوجودی که مطالعه‌ی بیشتری نیاز است، این تحقیق مشخص کرد در صورت دنبال کردن دوره یک تا دوساله، تغییرات رفتاری حفظ خواهند شد. مارتینز و مک نیل به چندین مورد روش‌شناختی پرداختند که پیش از تائید اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی، نیاز به توجه دارد که شامل آموزش کسانی است که مصاحبه‌ی انگیزشی را اجرا و ارزیابی‌های درمانی را گزارش می‌کنند. محتوای درمان و میزان درمان از موارد دیگر است. علاوه بر این، برخی از مطالعات فاقد گروه کنترل بودند و

. Bing۱

. Bulimia nervosa۲

. C.Murphy, Linehan, Reyner, Musser, and Taft۳

. Cognitive Behavior Therapy۴

. Working Alliance۵

. Trait Anger۶

. Oral Health۷

مصاحبه‌ی انگیزشی با دیگر روش‌های درمانی ترکیب‌شده بود. بر این اساس، موارد مذکور، نتایج اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی را به‌عنوان یک درمان منفرد محدود می‌کند. این‌گونه محدودیت‌ها در تحقیق انجام‌شده توسط مارتینز و مک نیل نیز مطرح شده بود. بااین‌حال، پژوهشگران نتیجه گرفتند که مصاحبه‌ی انگیزشی به‌عنوان یک درمان عملی در تغییر رفتارِ موقعیت‌های پزشکی و دندان‌پزشکی از چشم‌انداز مثبتی برخوردار است.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

مصاحبه‌ی انگیزشی به‌عنوان یک چارچوب نظری به‌ویژه در مداخلات پیشگیری انتخابی و مشخص توجه بیشتری را به خود اختصاص داده است. از زمانی که مصاحبه‌ی انگیزشی مطرح شد، کاربردهای آن به شکلی قابل‌توجه در بسیاری از حوزه‌ها و در بین گروه‌های هدف گسترش یافته است. تعداد پژوهش‌های مرورِ تاریخچه‌ای و تحلیل عاملی درباره مصاحبه‌ی انگیزشی چشمگیر است و نشان از گسترش کاربرد آن مخصوصاً به‌عنوان یک مدل نظری نسبتاً جدید دارد. می‌توان متخصصان سلامتی را در مصاحبه‌ی انگیزشی به‌خوبی آموزش داد (باروپک، بنت و جانسن، ۲۰۱۲). به پیرا پیشه‌ها[۱]، مصاحبه‌ی انگیزشی آموزش داده‌شده است تا حمایت همسالان بیماران مبتلابه سرطان را تقویت کنند (علیکاک[2] و همکاران،۲۰۱۲). درنتیجه، می‌توان مصاحبه‌ی انگیزشی را به آن دسته از متخصصانی آموزش داد که خارج از حوزه‌ی سلامت روان فعالیت می‌کنند؛ کما اینکه به‌منظور بهبود نتایج سلامتی می‌توان آن را به افراد غیرمتخصص نیز آموزش داد.

همان‌گونه که تلویحاً اشاره شد، مصاحبه‌ی انگیزشی به‌عنوان یک چارچوب در مداخلات پیشگیری همگانی آن‌چنان توجهی را به خود جلب نکرده است. در بین دانش آموزان مدارس ابتدایی استفاده چندانی از مصاحبه‌ی انگیزشی نشده است. به نظر می‌رسد مصاحبه‌ی انگیزشی بیشترین قابلیت اجرا را در بین افرادی داشته باشد که در حال حاضر رفتار مخاطره‌آمیزی را تجربه می‌کنند و با کسانی بیشتر ارتباط برقرار می‌کند که از مداخلاتِ کمتر رهنمودی و بیشتر عمل–محور[۳] استقبال می‌کنند. ممکن است کودکان کم سن تر به مداخلات فعال‌تر و رهنمودی بهتر پاسخ دهند.

به نظر می‌آید مصاحبه‌ی انگیزشی، هنگامی در پیشگیری قابلیت به‌مراتب بیشتری داشته باشد که در ترکیب با مدل‌های مفهومی و نظری نظیر خود–کارآمدی، مدل بین نظری تغییر رفتار و درمان شناختی رفتاری استفاده شود. هرچند، به‌منظور ارزیابی این‌که تا چه اندازه مصاحبه‌ی انگیزشی در ترکیب با مداخلات دیگر مؤثرتر واقع می‌شود، تحقیقات بیشتری موردنیاز است. در ضمن، آن دسته از تحقیقاتی مفید خواهند بود که به شکلی کامل نقش مصاحبه‌ی انگیزشی در تغییر رفتار را ارزیابی کنند. باوجودی که مصاحبه‌ی انگیزشی با گروهای جمعیتی

. Paraprofessional۱

. Allicock۲

. Action- Oriented۳

مختلف و در حوزه‌های دشوار استفاده شده است، اجماع روشنی در مورد نقش بخش‌هایی از این روش در تغییر رفتار وجود ندارد. البته به علت این‌که علاقه به مصاحبه‌ی انگیزشی بسیار قوی است، روش‌های پژوهشی، بهبود یافته و کاربردهای مصاحبه‌ی انگیزشی یا به‌تنهایی یا در ترکیب با مدل‌های دیگر، احتمالاً منجر به درک بیشتر از مصاحبه‌ی انگیزشی در تغییر رفتار می‌شود.

خلاصه

مهم است که یک چارچوب نظری، حین طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه به‌وضوح بیان شود. این فصل چهار مدل و چشم‌انداز نظری را ارائه کرده است که در تاریخچه‌ی پژوهشی، توجه قابل‌توجهی را به خود جلب کرده است، ولی اغلب در برنامه‌های آموزشیِ روان شناسان ، مشاوران و دیگر متخصصان سلامت روان دیده نشده است. درنتیجه، در این فصل برای متخصصان پیشگیری، چندین تئوری ارائه شد که احتمالاً در فعالیت‌های آنان قابل کاربرد است. ممکن است متخصصان پیشگیری نظریات دیگری را به‌منظور راهنمایی در مداخلاتشان مورد بررسی قرار داده و تشویق شوند که بر اساس آن‌ها عمل کنند. تئوری‌ها و مدل‌هایی که در این فصل مرور شد به‌تنهایی یا در ترکیب با چارچوب‌های نظری دیگر به‌منظور پیشبرد علم پیشگیری قابل‌استفاده است.

متأسفانه مداخلات پیشگیرانه اغلب بدون حمایتِ یکی از چارچوب‌های نظری طراحی و اجرا می‌شوند. بدیهی است بدون یک پایه نظری، ارزیابی کارآمدی اجرای مداخله در مواجهه با رفتار مدنظر و یا گروه هدف بسیار دشوار خواهد بود.

فصل٤

عوامل محافظ:
تقویت نقاط قوت و ایجاد رفتارهای مثبت

بخش جدایی‌ناپذیرِ چارچوب پیشگیری، تقویت نقاط قوت فردی و ویژگی‌ها و رفتارهای مثبتی است که مثل یک ضربه‌گیر[1] یا عامل محافظ در برابر رشد رفتارهای آسیب‌زا در سطح فردی و اجتماعی عمل می‌کنند. درنتیجه، یک برنامه‌ی پیشگیرانه نه‌تنها تلاش برای جلوگیری از شکل‌گیری رفتارهای آسیب‌زا را در بر می‌گیرد، بلکه به شکلی فعال، تقویت رفتارها و ویژگی‌هایی را شامل می‌شود که در برابر مشکلات احتمالی، محافظت‌کننده هستند. ازاین‌رو، می‌توان عوامل محافظ را مواردی در نظر گرفت که به افراد و نظام‌های بزرگ‌تر کمک می‌کنند تا در برابر رشد رفتارهای مخاطره‌آمیزی که می‌توانند منجر به آسیب شوند، مصونیت ایجاد کنند. تقویت مهارت‌های بین فردی، آموزش ارتباط جنسی ایمن، تقویت فعالیت‌های سرگرم‌کننده و سالم، بهبود تصمیم‌گیری، حمایت از خانواده‌ها، بهبود دسترسی به مراقبت‌های سلامتی و کاهش جرائم شهری، مثال‌هایی از مداخلات پیشگیری‌اند که عوامل محافظ را ارتقا می‌دهند.

در این فصل، عوامل محافظ و خطر در سطح فردی، فراگیر و در انواع آسیب‌های فردی و اجتماعی مطرح می‌شوند. علاوه بر این، تحقیقات و فعالیت‌هایی مرور می‌شوند که این‌گونه عوامل را در کاهش خطرات و پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا بکار گرفته‌اند.

پیش‌زمینه

اهمیت افزایش توجه به عوامل محافظ در پیشگیری در شورای ملی پژوهش و انستیتو پزشکی (۲۰۰۹) تحت عنوان *پیشگیری از اختلالات ذهنی، هیجانی و رفتاری در بین جوانان: پیشرفت‌ها و امکانات* مطرح شد. در گزارش چاپ‌شده، کمیته پیشگیری از اختلالات روانی و سوءمصرف مواد در بین کودکان، نوجوانان و جوانان،

. buffer۱

ارتقای سلامت روان را به‌عنوان یک ضرورت در رشد سالم و پیشگیری از اختلالات ذهنی و رفتاری مورد تأکید قرار داد. در تمایز بین پیشگیری و ارتقای سلامت، این کمیته نوشت:

پیشگیری بر اجتناب از عوامل خطر تأکید دارد؛ ارتقا در تلاش است که خانواده، مدرسه و محیط‌های محلیِ حمایت‌کننده را تقویت کرده و عوامل محافظ را در بین جوانان شناسایی و تقویت کند. این موارد خصوصیاتی هستند که تندرستی را افزایش می‌دهند و ابزارهایی را برای جلوگیری از احساسات و رفتارهای مضر فراهم می‌کنند. (ص.۱۵)

به شکلی مشخص‌تر، این کمیته، عامل محافظ را به‌عنوان یک ویژگی در سطح زیستی، روان‌شناختی ، خانوادگی یا اجتماع (شامل همسالان و فرهنگ) تعریف کرد که همراه است با کاهش احتمال پیامدهای آسیب‌زا یا کاهش اثر منفی یک عامل خطر در شکل‌گیری پیامدهای آسیب‌زا (ص.۲۷). مهم است که عوامل محافظ مورد تأکید قرار گیرند چراکه تقویت آنان در مقایسه با پیشگیری از رفتارهای مشکل‌ساز به شکل تاریخی توجه کمتری را به خود جلب کرده است.

عوامل محافظ و خطر

بحث درباره‌ی عوامل محافظ در پیشگیری باید در ارتباط با عوامل خطر در نظر گرفته شود. کمیته‌ی پیشگیری از اختلالات ذهنی و سوءمصرف مواد در بین کودکان، نوجوانان و جوانانِ شورای ملی پژوهش و کمیته‌ی پزشکی، عامل خطر را یک ویژگی در سطح زیستی، روان‌شناختی ، خانوادگی، محلی یا فرهنگی تعریف کرد که مقدم بر نتایج آسیب‌زا بوده و با احتمال بالاتری از پیامدهای آسیب‌زا همراه است (ص.۲۸). این تعریف، مثل تعریف عوامل محافظ، خطرات فردی و فراگیر را شامل می‌شود. می‌توان تعریف عوامل خطر و محافظ را مثل قطب‌های مخالفِ متغیرهای مشخص در نظر گرفت، چیزی شبیه به این‌که نبود عامل محافظ، منجر به افزایش احتمال خطر در بروز یک آسیب می‌شود. براین اساس، متغیری که دارای این ویژگی باشد، عامل محافظ محسوب می‌شود. برای مثال، پویایی مثبت، خانواده سالم و مهارت‌های فرزند پروری، در کاهش مشکلات نوجوانی عامل محافظ تلقی می‌شوند، درحالی‌که برعکس این موارد، عوامل خطر در نظر گرفته می‌شوند (فلوریس، شیکتی و روگوش[۱]، ۲۰۰۵؛ اسپاث، کاوانا و دیشی ین[۲]، ۲۰۰۲).

---

۱. Flores, Cicchetti, & Rogosch

۲. Spoth, Kavanagh, & Dishion

ارتباط بین متغیرهای محافظ و خطر در رشد رفتارهای آسیب‌زا توسط لوزل و فارینگتن[۱] (۲۰۱۲) گسترش یافت. گرچه این دو بر خشونت جوانی تمرکز کردند، ولی می‌توان مفهوم‌سازی آنان را در دیگر شرایط و رفتارهای آسیب‌زا نیز به کار گرفت. این دو در تحقیق خود، بین عوامل محافظ مستقیم و عوامل محافظِ ضربه‌گیر در مواجهه با خشونت تمایز قائل شدند. عوامل محافظِ ضربه‌گیر، باوجود حضور عوامل خطر، موجب احتمال کاهشِ گرفتار شدن فرد در خشونت می‌شوند، حال‌آنکه عوامل محافظِ مستقیم بدون حضور عوامل خطر، منجر به کاهش احتمال رفتار آسیب‌زا می‌شوند. لوزل و فارینگتن در مرور بیش از ۱۰۰ تحقیق در مورد خشونت و پرخاشگری، شش طبقه از ویژگی‌های فرد و محیطی را شناسایی کردند که چنانچه وجود داشته باشند، از جوان در برابر خشونت محافظت می‌کنند. البته درصورتی‌که این عوامل حضور نداشته یا ناقص باشند، می‌توانند در احتمال خطرِ خشونت و رفتارهای پرخاشگرانه نقش داشته باشند. این شش طبقه عبارت‌اند از (الف) زیستی، (ب) شخصیت، (ج) خانواده، (د) مدرسه، (ه) همسالان و (و) اجتماع.

- عوامل زیستی تأثیرات ژنتیکی، پیش زایمانی[۲] و حین زایمانی[۳] بر کودک است.
- ویژگی‌های شخصیتی، شامل خلق‌وخو، خطرپذیری و تکانشی بودن است.
- ملاحظات خانوادگی کیفیت روابط خانوادگی، به‌ویژه روابط والدین، حمایت خانوادگی و نظارت والدین را شامل می‌شود.
- ویژگی‌های محیط مدرسه تلفیقی از عوامل محافظ و خطر است. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از پیشرفت در مدرسه، ارتباط دانش‌آموز با مدرسه، انگیزه‌ی پیشرفت و حمایت و نظارت معلم.
- ارتباط گروه همسالان می‌تواند حکم عوامل محافظ یا خطر را داشته باشد. این موضوع بستگی به این دارد که گروه همسال، از رفتارهای سالم حمایت کند، یا درگیر رفتارهای غیرسالم شود. براین اساس، وابستگی به گروه‌ها و فعالیت‌های معطوف به آسایش و سلامت، عامل محافظ محسوب شده و برعکس، وابستگی به همسالانی که مشارکت بسیار کمی در فعالیت‌های افزایش‌دهنده سلامت دارند، عامل خطر خواهد بود. فعالیت‌های مدرسه–محور شامل شرکت در برنامه‌های ورزشی، اداره مدرسه توسط همسالان و باشگاه‌های دانش‌آموزی و امکانات یادگیری خدمات[۴] است.

---

۱. Losel and Farrington

۲. prenatal

۳. perinatal

۴. Service Learning

- عوامل محافظِ محله‌ای شامل موارد زمینه‌ای گسترده‌تر محیطی–اجتماعی است که عاری از خشونت بوده، انسجام اجتماعی را از طریق نشست‌های سالم همسایگی نشان می‌دهند و حفاظت از فرد و فضای محله را تقویت می‌کنند.

همان‌طوری که در تحقیق لوزل و فارینگتن (۲۰۱۲) نمونه آورده شده است، متغیرهای خطر و محافظ به‌عنوان پیش‌بین‌های رفتارهای مشکل‌ساز ضرورتاً متضاد نیستند. در بسیاری از موقعیت‌ها، به‌ویژه در مواجهه با عوامل و لایه‌های متعدد محیطی از فردی گرفته تا خانوادگی و اجتماع بزرگ‌تر، عوامل محافظ و خطرِ مرتبط با رفتارهای آسیب‌زا وجود دارند. ممکن است که عوامل محافظ و خطر در انواع مختلف حوزه‌های آسیب، در سطح فردی، نهادی یا محیط بزرگ‌تر همپوشی داشته باشند. هر دو نوع عامل در سطوح متعدد و در محیط‌های مختلفی نظیر خانواده، مدرسه، محیط کار و محله در فضای ملی و جهانی وجود دارند (وینر[1] و همکاران، ۲۰۱۲). بدین ترتیب هدف از پیشگیری، تقویت عوامل محافظ حین کاهش عوامل خطر است.

کوی[2] و همکاران (۱۹۹۳)، همایش ملی پیشگیری را گزارش کردند که با حمایت موسسه ملی سلامت روان در سال ۱۹۹۱ برگزار شد. یکی از هیئت‌های این همایش، عوامل محافظ را مواردی دانستند که عوامل خطر را از طریق روش‌های مستقیم و غیرمستقیم کاهش می‌دهند. تأثیرات مستقیم عوامل محافظ شامل ویژگی‌ها یا رفتارهایی است که بدون هیچ واسطه‌ای از یک آسیب پیشگیری می‌کنند. تأثیرات غیرمستقیم نیز مانع از ایجاد خطرات همراه با یک آسیب می‌شوند. یک نمونه از مورد اول، برنامه‌های ساختارمند پیشگیری از الکل است که مهارت‌های تصمیم‌گیری و رفتارهای جرئت مندانه را تقویت می‌کنند. مثال مورد دوم، محافظت در سطح محله‌ای است که سن قانونی برای خرید و مصرف الکل را به‌شدت اِعمال می‌کند. کوی و همکاران دو نوع اصلیِ عوامل محافظ را شناسایی کردند که ممکن است آسیب‌های دوره کودکی را محدود کنند: (الف) ویژگی‌های فردی نظیر مهارت‌های شناختی و خلق‌وخو، ویژگی‌های ژنتیکی و زیستی؛ و (ب) عوامل محیطی که شامل ویژگی‌های مثبت خانواده، نظیر حمایت و تدابیر والدین و مراقبین است.

کوی و همکاران (۱۹۹۳) عوامل محافظ و خطر را برای علم پیشگیری بسیار مهم تشخیص دادند. به‌عنوان عوامل محافظ، آنان مشخصاً تاب‌آوری[3] روان‌شناختی ، مهارت‌ها، نقاط قوت و مزیت‌های محیطی را شناسایی کردند. آنان بعدها بر اهمیت توجه به عوامل محافظ و خطری تأکید کردند که در اختلالات متعدد رایج است.

(شیوه‌ای آموزشی است که در آن آموزش‌های کلاسی و خدمات محله‌ای ترکیب می‌شود. این روش بر تفکر نقاد، مسئولیت‌پذیری و پایبندی‌های مدنی تأکید دارد. م)

1. Viner
2. Coie
3. resilience

علاوه بر این به عوامل محافظ در گروه‌های بزرگ‌سال نیز پرداختند که به‌ویژه در مداخلات پیشگیری همگانی برای همه‌ی افراد جامعه توصیه می‌شود (نظیر استفاده از کمربند ایمنی).

عوامل محافظ و خطر در رفتارهای آسیب‌زا در دوره نوجوانی

جِسِر، ون دن باس، وندرین، کوستا و تاربین[۱] (۱۹۹۵) عوامل محافظ در رفتارهای مشکل‌ساز نوجوانان مانند مصرف الکل و مواد، رفتارهای بزهکارانه و فعالیت‌های جنسی زودهنگام را مطالعه کردند. آنان عوامل محافظ را به‌عنوان آن دسته از عواملی مفهوم‌سازی کردند که احتمال گرفتار شدن در رفتارهای آسیب‌زا را از طرق کنترل‌های اجتماعی و فردی (نظیر محدودیت‌های مذهبی و خانوادگی)، فعالیت‌هایی که با رفتارهای آسیب‌زا ناسازگارند (نظیر فعالیت‌های مذهبی یا خانوادگی) و مشارکت مثبت با مؤسسات وابسته به جامعه[۲] (نظیر مدارس و خانواده‌ها) کاهش می‌دهند. در مقایسه‌ی بین عوامل محافظ و خطر، جِسر و همکاران عوامل خطر را به‌عنوان مواردی مفهوم‌سازی کردند که افزایش احتمال گرفتار شدن در رفتارهای مشکل‌ساز را به دنبال دارد. مثال در مورد عوامل خطر شامل ترغیب مستقیم همسالان برای انجام رفتارهای مشکل‌ساز؛ آسیب‌پذیری فردی نظیر خود–ارزشمندی[۳] اندک؛ و شرایط برای انجام رفتارهای آسیب‌زا نظیر در دسترس بودن الکل و فقدان نظارت یک فرد بزرگ‌سال است. محققان اثر متعادل‌کننده عوامل محافظ و خطر را بر رفتارهای آسیب‌زای دانش‌آموزان کلاس‌های هفتم تا نهم بررسی کردند. تحقیق آنان شامل دانش‌آموزان سفیدپوست، اسپانیایی‌تبار و سیاه‌پوست (۹۴٪ از نمونه) بود که مقیاس‌های عوامل خطر و محافظ و ارزیابی چهار رفتار آسیب‌زا را طی یک دوره چهارساله پاسخ دادند (تعداد: ۱۴۸۶). چهار رفتار آسیب‌زا عبارت بودند از: استفاده از الکل، رفتارهای بزهکارانه، استفاده از ماری‌جوانا و ارتباط جنسی. شش عامل خطر و هفت عامل محافظ حاصل شد. از بین هفت عامل محافظ، سه مورد، ساختار شخصیتی (نظیر سوگیری مثبت به مدرسه، سوگیری مثبت به‌سلامتی و عدم پذیرش انحراف[۴]) را سنجید، سه مورد نشانگر ساختار محیطی قابل‌درک (نظیر روابط مثبتِ بزرگ‌سال، کنترل‌های تنظیم‌کننده[۵] [مثل ساعت منع رفت‌وآمد[۶]، بیرون رفتن با جنس مخالف]، دوستانی که در فعالیت‌های مرسوم شرکت می‌کنند [مثل فعالیت‌های مذهبی، باشگاه‌های مدارس، فعالیت‌های دانشگاهی]) و یک مورد، نشانگر مشارکت و صرف کردن

---

۱. Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, and Turbin

۲. societal

۳. Self-Esteem

۴. Intolerance for deviance

۵. Regulatory control

۶. Curfew

وقت در برنامه‌های اجتماعی (مثل ورزش، فعالیت‌های خدمات اجتماعی) بود. از مجموعِ شش عامل خطر سه مورد نشانگر ساختار شخصیتی (نظیر انتظار کم موفقیت، خود–ارزشمندی اندک و ناامیدی زیاد)، دو مورد نشانگر ساختار محیطی (نظیر دوستانی که الگوی رفتارهای مشکل‌ساز بودند و تأثیر زیاد دوستان در مقایسه با والدین) و یک عامل خطر، نشانگر ساختار رفتاری (نظیر میانگین پایین نقطه‌ای نمرات[۱]) بود. نتایج جسر و همکاران حاکی از آن بود که عوامل محافظِ روان‌شناختی در متعادل کردن رفتارهای آسیب‌زای نوجوان مهم هستند. به‌طور مشخص، عوامل محافظ، رفتارهای آسیب‌زا را تعدیل و اثر عوامل خطر را کم اثر می‌کنند. این مطالعه یکی از مطالعات اولیه و جامع در مورد عوامل محافظ در نوجوانان محسوب می‌شود چراکه اکثر پژوهش‌های آسیب‌های نوجوانی در آن دوره بر عوامل خطر متمرکز بود.

در مورد عوامل محافظ و خطرِ پیش‌بینی کننده‌ی مصرف و سوءمصرف مواد با حضور نوجوان‌هایی که در سیستم بهزیستی کودک[۲] حضور داشتند، مطالعه‌ی ملی جالبی انجام شد (تراوب، جیمز، جانگ و لندزورک[۳]، ۲۰۱۲). تحقیق ملی مذکور، در نمونه‌ای از نوجوانان ۱۱ تا ۱۴ سال انجام شد که مدل رشد اجتماعی[۴] به‌عنوان شالوده نظری آن در نظر گرفته شد (کاتالانو، کاسترمن، هاوکینز، نیوکوم و اَبُت[۵]، ۱۹۹۶). محققان به علت تحقیقات اندک در حوزه‌ی عوامل محافظ و خطر در این گروه آسیب‌پذیر، مسئولیتِ تحقیق را با کمترین میزان به عهده گرفتند. البته این تحقیق اطلاعات بیشتری را در رابطه با عوامل محافظ و خطر در مصرف و سوءمصرف مواد مشخص نکرد، چراکه یافته‌ها در مورد نقش عوامل محافظ و خطر در ابعاد روانی–اجتماعی و جمعیت شناختی جامع نبود. تنها نقش محدود عوامل محافظ در مصرف مواد، نقش مؤثر ارتباط[۶] با مراقب بود. هیچ عامل محافظی، مصرف عمده‌ی مواد در آینده را تحت تأثیر قرار نداد. یافته‌های ناچیز در این تحقیق در رابطه با عوامل محافظ و خطر تا حدودی شبیه به آن دسته از مطالعات اولیه‌ی مربوط به دوره نوجوانی بود که متغیرهای محافظ و خطر در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی را ارزیابی کرده بود (اس.جیمز، مونتگومری، لِسلی و جانگ، ۲۰۰۹). در آن تحقیق، محققان دریافتند که نظارتِ مراقب و ارتباطِ با او به‌عنوان عامل محافظ، نقش محدودی در متعادل کردن روابط جنسی و استفاده از روش‌های ضدبارداری در حین رابطه جنسی داشت.

---

۱. Grade Point Average: (شاخصی برای ثبت‌نام در دانشگاه‌های آمریکاست. م)

. Child welfare system۲

. Traube, James, & Landsverk۳

. Social Development Model۴

. Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb, & Abbott۵

. connectedness۶

عوامل محافظ و خطر در خشونتِ دوره‌ی نوجوانی

مجموعه‌ای از مقالات چاپ‌شده در ژورنال طب پیشگیری آمریکا عوامل محافظ در پیشگیری از خشونت در دوره‌ی نوجوانی را از طریق چهار برنامه تحقیقیِ مقیاس-بزرگ[۱] ارزیابی کرده بودند(هال و همکاران، ۲۰۱۲). هیئتی از متخصصان مراکز کنترل بیماری و پیشگیری، مطالعات را بررسی کرده و عوامل محافظ مهمی را مدنظر قرار دادند که مستقیماً بر خشونت نوجوانی تأثیر داشته یا در نقش تقویت‌کننده‌ی عوامل محافظ عمل می‌کردند (هال و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این، هیئت متوجه شد که بیشتر تحقیقات، درباره‌ی عوامل خطر در خشونت نوجوانی انجام‌شده‌اند و درباره‌ی عوامل محافظ تحقیقات بیشتری نیاز است. همچنین آنان تأکید کردند که عوامل محافظ و خطر به‌سادگی متضاد یکدیگر نیستند بلکه متغیرهای متمایزی هستند که در پیش‌بینی خشونت نوجوانی به کار می‌آیند.

در مطالعه‌ی عوامل محافظ و خطر در خشونت دوره‌ی نوجوانی با استفاده از اطلاعات حاصل از مطالعه‌ی ملی طولانی‌مدت سلامت نوجوان، برنات، اوکز، پتینگل و رزنیک (۲۰۱۲) چندین ویژگی را به‌عنوان عوامل محافظ در نوجوانان ۱۴ ساله شناسایی کردند که گرفتار رفتارهای خشن شده بودند. منظور از عوامل محافظ در "رفتارهای خشنِ به‌کارگیری اسلحه یا دعوای شدید در سه مورد یا بیشتر" شامل درجات اندک از نشانه‌های اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه[۲]، فشار روانی اندک، بلندپروازی‌های تحصیلی و میانگین بالای نمرات بود. عوامل خطر برای رفتارهای خشن در همان سن، شامل نشانه‌های زودهنگام اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه، ارتباط ضعیف با مدرسه، سطوح بالای بزهکاری در بین همسالان و میانگین پایین نمرات بود. البته برای نوجوانان بزرگ‌تر در سنین ۱۸ تا ۲۰ سال، تنها عامل محافظ در رفتارهای خشن، بزهکاری اندک در بین همسالان بود. نبود هیچ نوع عامل محافظ و خطر دیگری که مورد بررسی قرار گرفته باشد، نشان از دشواری در پیش‌بینیِ درگیر شدنِ نوجوانان در خشونت است. به‌این‌علت برای شناسایی تعداد بیشتری از عوامل محافظ و خطر در گرفتار شدن نوجوانان در رفتارهای خشونت‌آمیز، نیاز به تحقیق است.

در یک مطالعه دیگر مربوط به پیشگیری از خشونت در نوجوانان، هنری، تولان، گورمن-اسمیث و شاونی (۲۰۱۲) با سنجش انواعی از عوامل شامل افسردگی، بزهکاری، مصرف مواد و الکل، نگرش به مدرسه، موفقیت‌های تحصیلی و شرکت در فعالیت‌های خانوادگی، بیش از ۴۰۰۰ نوجوان مقطع راهنمایی را در مدارسِ چندین منطقه مطالعه کردند. محققان دریافتند که فقط مهارت‌های بالا در مطالعه با خشونت کمتر در تمامی گروه‌های قومی و جنسی همراه بود. آنان معتقد بودند که مهم است قومیت در شناسایی عوامل محافظ و خطر در رفتارهای خشن

---

۱. Large-scale

۲. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

مدنظر قرار گیرد. علاوه براین، مطالعه آنان نشان داد وابستگی به بزهکارانِ همسال، یک عامل خطر در تعدادی از دانش‌آموزان بود، ولی این عامل، با رفتار خشن در دانش‌آموزان آفریقایی- آمریکایی فقط اندکی مرتبط بود و با رفتارهای خشن در نوجوانان لاتین تبار ارتباطی نداشت.

گسترش عوامل محافظ در مدارس

برنامه‌های پیشگیرانه‌ای که طولانی‌مدت، جامع و هماهنگ با مدرسه یا ساختار باشند نتایج مثبتی را به بار آورده‌اند (اسپلاج و پاتیت[۱]، ۲۰۱۲؛ گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ نیشن[۲] و همکاران، ۲۰۰۳). گسترش عوامل محافظ در برنامه‌های پیشگیرانه‌ی مدرسه –محور در دوره‌ی نوجوانی توسط رومانو (۱۹۹۶، ۱۹۹۷) موردتوجه قرار گرفت. به‌منظور ارزیابیِ اثربخشی آموزش کارکنان مدرسه که برای تقویت عوامل محافظ دانش‌آموز در برابر مصرف مواد و الکل طراحی‌شده بود، رومانو (۱۹۹۷) مفهوم آسایش دانش‌آموز[۳] را این‌گونه تعریف کرد: "رشد دانش، نگرش، مهارت‌ها و رفتارهایی (نظیر مسائل تحصیلی، ارتباط بین فردی و درون فردی و سلامتی جسمانی و هیجانی) که عملکرد دانش‌آموزان را در محیطی که زندگی یا کار می‌کنند (مثل مدرسه، خانه و محله‌ی زندگی) به حداکثر می‌رساند " (ص.۲۴۶). *آسایش دانش‌آموز* یک چارچوب مفهومی همه‌جانبه[۴] است که تقویت عوامل محافظ دانش‌آموز را در سطوح فردی و محیطی تسهیل می‌کند. تقویت عوامل محافظ، توسط آموزشگران مدرسه- محور اجرا می‌شود. آنان با دانش‌آموزان ارتباط نزدیک دارند. درنتیجه، در این مدلِ آموزشِ آموزشگرانِ پیشگیری از مواد و الکل، به‌جای تمرکز صرف بر پیشگیری از خطرات همراه با رفتارهای آسیب‌زا، تأکید بر این دارد تا به آموزشگران کمک شود عوامل محافظ در دانش‌آموز و محیط بزرگ‌تر را تقویت کنند. نشان داده‌شده است که مدل آموزشی *آسایش دانش‌آموز* بر خود–کارآمدی آموزشگران در ارتقای آسایش دانش‌آموز بلافاصله بعد از آموزش و دوره‌ی پیگیری می‌افزاید (رومانو، ۱۹۹۶).

مدل رومانو (۱۹۹۷) از ضرورت در نظر گرفتن عوامل محافظ واقعی و بالقوه در افراد و محیط‌های بزرگ‌تر حمایت می‌کند که برای کاهش اثرات عوامل خطر در سطوح فردی، ساختاری و محیطی وجود داشته باشند. تأکید بر عوامل خطر به حدی که عوامل محافظ نادیده گرفته شوند، می‌تواند موقعیت نامتعادلی را به وجود آورد تا کسانی که در معرض خطر هستند قربانی شده و به دلیل مشکلاتشان سرزنش شوند. علاوه بر این، ممکن است برخی از دانش‌آموزان به علت عوامل محیطی یا زیستیِ خارج از کنترل فرد، در معرض خطر محسوب شوند. اگر

---

۱. Espilage & Poteat

۲. Nation

۳. Student Well-being

۴. Holistic

دانش‌آموزی دریابد به علت شرایط اجتماعی–اقتصادی، در معرض خطرِ شکست تحصیلی قرار دارد، برای بهبود وضعیت خود، کار چندانی نمی‌تواند انجام دهد. درنتیجه، مهم است که به‌جای تمرکز بر شرایط خطرساز، بر عوامل محافظ بالقوه‌ای که می‌توانند در نوجوان و یا محیط اطرافش تقویت شوند، توجه شود. برای مثال، والدین و معلمان می‌توانند به دانش‌آموز کمک کنند بر مهارت‌های بین فردی خود متمرکز شود تا تأثیر ارتباطیِ مثبتی بر بزرگ‌ترها و همسالانش بگذارد. به همین ترتیب، به‌واسطه‌ی ارزیابی معلمان و والدین از مهارت‌های غیر تحصیلیِ دانش‌آموز، نظیر فعالیت‌های هنری یا ورزشی، او تشویق خواهد شد در فعالیت‌های مدرسه–محوری شرکت کند که ورای تحصیل، حضور در مدرسه را پراهمیت می‌کنند. این اقدام در همان حالی که خصوصیات مثبتِ درون فردیِ[1] دانش‌آموز را تقویت می‌کند، روابط سالم او را نیز گسترش داده و رشد مهارتی او را به دنبال خواهد داشت.

عوامل محافظ و خطر در مصرف مواد در دوره‌های نوجوانی و جوانی

بسیاری از تحقیقات مربوط به عوامل محافظ و خطر در پیشگیری، بر کودکان و نوجوانان متمرکز شده است. بااین‌وجود، ای. ال. استون، بکر، هابر و کاتالانو (۲۰۱۲) عوامل محافظ و خطر در مصرف مواد را در جوانان ۱۸ تا ۲۶ سال ارزیابی کردند. نتایج حاصل از مرور پیشینه‌ی پژوهشی آنان شبیه به نتایج عوامل محافظ و خطر در سنین پایین‌تر بود. البته رخدادهای زندگیِ وابسته به سن مثل ازدواج، مصرف قانونی الکل و تحصیلات تکمیلی، در این گروه سنی عوامل محافظ و خطر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ای. ال. استون و همکاران برای ارزیابی عوامل محافظ و خطر از چارچوب مشابهی استفاده کردند که در ۲۰ سال قبل توسط هاوکینز، کاتالانو و میلر (۱۹۹۲) ارائه شده بود. آنان برای نشان دادن ارتباط پیش‌بینی عامل محافظ و خطر یک متغیر، حداقل دو مطالعه طولی را لازم دانستند. جالب است که باوجود ۲۰ سال فاصله، هر دو تحقیقِ عوامل محافظ و خطرِ مرتبط با مصرف و سوءمصرف مواد، شبیه به هم بود. در تحقیق ای. ال. استون و همکاران، عوامل محافظ و خطرِ مؤثر، شامل آن دسته از مواردی بود که ثبات داشتند (مثل جنسیت و نژاد/قومیت)، وابسته به محیط بودند (مثل هنجارهای اجتماعی، قوانین، مالیات بر مواد و دارو)، یا فردی و بین فردی بودند (مثل روابط خانوادگی، ارتباط همسالان، ازدواج یا هم خانگی[2]). برای ارزیابی دقیق‌تر اثر خدمت نظام‌وظیفه، حضور در دانشگاه، نگرش‌های والدین و مشارکت اجتماعی و داوطلب گرایی[3]، ارزیابی کامل‌تری نیاز است. جوانان، عوامل خاصی نظیر افزایش استقلال از والدین و زندگی خارج از خانه‌ی والدین را تجربه می‌کنند، ولی عوامل محافظ بیشتری مثل ازدواج یا

. intrapersonal۱

. cohabitation۲

. volunteerism۳

هم خانگی و فارغ‌التحصیلی از دانشگاه را نیز دارا هستند. دو تحقیق، با دو دهه فاصله، گستره و تعداد عوامل محافظ و خطری را نشان می‌دهند که در پیش‌بینی مصرف و سوءمصرفِ مواردی مثل مواد مخدر، الکل و دخانیات در نوجوانان و جوانان دخیل هستند. آن زمانی که عوامل محافظ و خطر به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های رفتارهای آسیب‌زا شناسایی می‌شوند، لازم است تا دوره‌های رشدی نوجوانی و جوانی مدنظر قرار بگیرند. مطالعه‌ی بزرگ–مقیاسِ دوره‌ی نوجوانی و جوانی با استفاده از شرکت‌کنندگان ۱۱ تا ۲۴ سال و در ۳۰ بخش از ایالت تنسی نتیجه مشابهی به دست داد (هریس آبادی[1]، شامبلن، تامپسن، کالینز و جانسن، ۲۰۱۱).

وقتی برای رفتارهای آسیب‌زا، پیش‌بینی کننده‌هایی مدنظر قرار می‌گیرد، علاوه بر سن، لازم است بافت محیطی نیز در نظر گرفته شود، به‌ویژه این‌که افراد به‌تدریج خودمختاری و استقلال بیشتری را از مراقبین و ممنوعیت‌های قانونی به دست می‌آورند. برای مثال، مصرف الکل و ماری‌جوانا در سن ۲۱ سالگی در برخی از حوزه‌های قضایی ایالات‌متحده‌ی آمریکا قانونی محسوب می‌شود.

عوامل محافظ افسردگی در بزرگسالان

ورای توجه به ظهور بزرگ‌سالی به‌عنوان بخشی از فرایند رشدی انسان، محققان توجه روزافزونی را به عوامل محافظ و خطر در پیش‌بینی مشکلات مربوط به سلامت روان طی دوره‌های میان‌سالی و سالمندی معطوف می‌دارند. برای مثال، سی.اف. رینولدز و همکاران (۲۰۱۲) طی مطالعه‌ی تحقیقاتِ مرتبط، متوجه شدند که مداخلات پیشگیریِ انتخابی و مشخص در آن دسته از بزرگ‌سالانی که در معرض افسردگی بودند، موفق بوده است. در کشورهای ثروتمند، مداخلات روان‌شناختی و آموزش روانی[2]، نرخ افسردگی را ۲۰ تا ۲۵٪ کاهش داد. علاوه بر این، مداخلات روان‌شناختی و روان– دارویی[3]، عود افسردگی اساسی را کم کرد. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مشاوران غیرحرفه‌ای سلامت در همکاری با متخصصان سلامت در انجام مداخلات پیشگیرانه‌ی آموزش روانی فعالیت می‌کنند. مداخلات پیشگیری در افراد مسن‌تر به‌منظور کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ است که گروه‌های حمایت اجتماعی، مرور و یادآوری خاطرات زندگی، مداخلات شناختی–رفتاری و درمان دارویی را شامل می‌شود. پیشگیری در گروه‌های مسن‌تر، به‌ویژه پیشگیری از افسردگی، با توجه به جمعیت مسن در جهان و نرخ بروز بالای افسردگی که می‌تواند منجر به دیگر مشکلات سلامتی شود، بسیار مهم است (سی.اف.رینولدز، ۲۰۰۹). گرچه اجراهای نمونه‌ی[4] مداخلات پیشگیری در کشورهای با درآمد بالا، نتایج مثبتی را

. Hariss Abadi۱

. Psychoeducational۲

. psychopharmaceutical۳

. Demonstration Trial۴

به بار آورده است، ولی وقتی‌که ازاین‌گونه روش‌ها در کشورهایی با بودجه‌ی محدود و به‌ویژه در کشورهایی با درآمد متوسط و کم اقتباس می‌شود، شواهد اندکی از موفقیت به دست می‌آید.

علاوه بر این، بزرگ‌سالانِ فاقد علائم اختلال یا بیماری ترغیب می‌شوند تا رفتارهای محافظت‌کننده را در خود تقویت کنند و یا امکاناتی برایشان مهیا شود که در برابر مشکلات سلامت روان و مشکلات جسمانی ایمن شوند. می‌توان رفتارهای محافظت‌کننده را توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در سطوح فردی و محیطی اجرا نمود. در سطح فردی، می‌توان پیام‌های دوره‌ای برای بزرگ‌سالان ارسال کرد و به‌عنوان نمونه آنان را به ورزش ، تغذیه سالم و مدیریت استرس ترغیب کرد. در سطح محیطی، می‌توان به اجرا و حمایت از عوامل محافظ پرداخت؛ مکان‌های سربسته و سربازِ عاری از دود سیگار، گزینه‌های انتخابی غذای سالم در مکان‌هایی که افراد بزرگ‌سال جمع می‌شوند و برنامه‌ها و فعالیت‌های محلی که از سلامت حمایت می‌کنند و نیازهای جمعیت سالمند را مدنظر قرار می‌دهند، ازجمله عوامل محافظ در سطح محیطی محسوب می‌شوند.

تاب‌آوری[1]

تاب‌آوری یکی از عوامل محافظ است که از زمانی که برای اولین بار توسط ورنر، بیرمن و فرنچ[2] (۱۹۷۱) مطرح شد، توجه فراوانی را در ادبیات پژوهشی جلب کرده است. ورنر و همکاران دسته‌ای از نوجوانان هاوایی را ارزیابی کردند که در شرایط بسیار دشواری رشد کرده بودند ولی برخلاف آن شرایط، توانسته بودند موفق شوند. لوتار، سیچتی و بکر در تحلیل بسیار مهم خود از پژوهش‌های تاب‌آوری (۲۰۰۰) آن را "فرآیندی پویا که سازگاری مثبت را در زمینه‌ای از شرایط دشوار به وجود می‌آورد "(ص.۵۴۳) تعریف کردند. باوجودی که تاب‌آوری به‌عنوان یک مفهوم روان‌شناختی به شکلی گسترده مطالعه شده است، ولی همان‌گونه که توسط لوتار و همکاران نشان داده‌شده است، این مفهوم بدون مشکل نیست. این محققان چند حوزه‌ی دشوار را موردتوجه قرار دادند که شامل تناقض در چارچوب نظری، تعاریف واژه‌شناسی و روش‌های پژوهشی است. بااین‌وجود، علی‌رغم این چالش‌ها، لوتار و همکاران نشان دادند نیاز است شفاف‌سازی و توجه به موارد دشوارِ مرتبط با مفهوم تاب‌آوری ادامه یافته و برای جلوگیری از کنار گذاشته شدن آن، لازم است اهمیت آن در چارچوب مداخلات پیشگیرانه و به‌ویژه به‌عنوان یک عامل محافظ در کاهش خطرات و رفتارهای آسیب‌زا تشخیص داده شود.

. resilience۱

. Werner, Bierman, and French۲

تاب‌آوری در نوجوانان و جوانان اقلیت‌های قومی

گزارش سال ۲۰۰۸ انجمن روان‌شناسی آمریکا درباره‌ی تاب‌آوری و نقاط قوت در نوجوانان سیاه‌پوست، عوامل محافظ و نقاط قوت این جمعیت را مورد تأکید قرار داد. این تأکید مهم است چراکه اکثر تحقیقات انجام‌شده در مورد این گروه، همچون دیگر گروه‌های اقلیت، بر کاهش عوامل خطر متمرکز هستند. همان‌گونه که گزارش روشن می‌سازد مهم است که بر عوامل محافظی که این گروه واجد آن‌ها است و بر رشد آتی این‌گونه عوامل تأکید شود (کارگروه ویژه[1] انجمن روان‌شناسی آمریکا درباره تاب‌آوری و نقاط قوت در نوجوانان و کودکان سیاه‌پوست، ۲۰۰۸). در گزارش، محققان مشخص کردند که عواملی که به شکل سنتی به‌عنوان عوامل خطر در این گروه فرض گرفته می‌شوند، چگونه می‌توانند به‌عنوان عوامل سازگارانه و محافظ در نظر گرفته شوند.

در گزارش کارگروه ویژه انجمن روان‌شناسی آمریکا درباره تاب‌آوری و نقاط قوت در نوجوانان و کودکان سیاه‌پوست (۲۰۰۸)، برای ارزیابی آن‌که چگونه عواملی مانند هویت نژادی، اجتماعی شدن[2] نژادی، تنظیم و ابراز هیجان[3]، مذهبی بودن و حمایت خانواده و مدرسه می‌تواند به‌رغم چالش‌های مربوط به جامعه، نوجوانان آفریقایی–آمریکایی را آماده کند که در زندگی موفق شوند، پژوهش‌های مربوط به گروه سنی ۵ تا ۲۱ سال سیاه‌پوست در همه گروه‌های اجتماعی– اقتصادی و تمامی مناطق ایالات‌متحده‌ی آمریکا مرور شد. این گزارش ویژگی‌های کارکرد بهینه‌ی نوجوانان آفریقایی– آمریکایی را توصیف می‌کند که شامل مفاهیم مشارکت فعال، انعطاف‌پذیری، جمع‌گرایی[4] و ذهنیت نقاد است. گزارش نشان می‌دهد که چگونه این مفاهیم، پنج حوزه رشدی زیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۱. رشد هویت: هویت مثبت نژادی در سلامت نوجوانان آفریقایی– آمریکایی ضروری است و باید ترغیب شوند تا مفهوم خود مثبت[5] را در جامعه‌ای رشد دهند که اغلب، آنان را از طریق تصورات غالبیِ[6] منفی، کم‌ارزش می‌کند.

۲. رشد هیجانی: مواجهه مؤثر با هیجانات مستقیماً با خود–ارزشمندی و سلامت روان قوی‌تر ارتباط دارد. نیاز است که نوجوانان سیاه‌پوست آفریقایی–آمریکایی آگاه شوند که ابراز هیجان چگونه می‌تواند در موقعیت‌ها و شرایط مختلف تغییر یابد.

---

1. Task Force
2. socialization
3. Emotional Regulation and Expression
4. communalism
5. Sense of self
6. stereotype

۳. رشد اجتماعی: تعاملات خانوادگی و اجتماعی مثل امکان مراقبتِ باکیفیت از کودک، برنامه‌های بعد از مدرسه و آموزش‌های مذهبی برای رشد اجتماعی در این دسته از نوجوانان بسیار مهم است.

۴. رشد شناختی: لازم است نوجوانان آفریقایی–آمریکایی به توانایی خود در کلاس باور داشته باشند. والدین می‌بایست از سبک‌های فرزند پروری خشن اجتناب کنند و مدارس درصدد تداوم ارائه‌ی مضامینِ مرتبطِ فرهنگی در کلاس به‌عنوان راهی برای تقویت عملکرد تحصیلی باشند.

۵. سلامت جسمی و رشد: طیف گسترده‌ای از موضوعات مربوط به سلامتی به شکلی نامتناسب، نوجوانان آفریقایی–آمریکایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که شامل چاقی، بهداشت نامناسب دهان، آسم، زخم‌های شدید، کم‌خونی داسی شکل[۱]، دیابت و اچ ای وی/ایدز است. محققان ثابت کرده‌اند بهبود سلامت جسمانی می‌تواند به‌درستی منجر به افزایش سلامت روان شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۸).

دیگر محققان نیز به تأثیر تاب‌آوری در نوجوانان اقلیت‌های قومی پرداخته‌اند. فلوریس[۲] و همکاران (۲۰۰۵) نوجوانان لاتین تباری را بررسی کردند که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند. هدف آنان تقویت تاب‌آوری در این دسته از نوجوانان بود. به این منظور، او و همکارانش با مقایسه این گروه با نوجوانانی که مورد بدرفتاری قرار نگرفته بودند، پیش‌بینی کننده‌های تاب‌آوری را مطالعه کردند. تعجب‌برانگیز نیست که در آن دسته از نوجوانان لاتین که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند، مشکلات بیشتر و سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را تجربه کردند. در رابطه با متغیرهای بین فردی نیز، نوجوانان بدرفتاری شده، مشکلات بیشتری را در عملکرد بین فردی، به‌ویژه در تقویت رابطه‌ی قوی با یک بزرگ‌تر –ویژگی که با تقویت تاب‌آوری در نوجوان مرتبط است– تجربه کردند. این تحقیق به‌این‌علت مهم بود که یکی از معدود تحقیقاتی است که به عامل محافظِ تاب‌آوری در نوجوانان لاتین تبار–جمعیت رو به افزایش در آمریکا– پرداخت.

در مطالعه‌ای دیگر، درباره نقش عوامل محافظ در برابر اثرات تبعیض در بین دانشجویان کره ای–آمریکایی، آر. ام. لی (۲۰۰۵) حمایت نسبیِ هویت قومی را شناسایی کرد. در تحقیق او، این متغیر بر اثرات منفیِ تبعیض در حوزه‌ی افسردگی و انسجام[۳] اجتماعی اثر متعادل‌کننده‌ای داشت. در این تحقیق، دانشجویان کره ای–آمریکایی که در مواجهه با تبعیض غرور قومی بالایی را تجربه کرده بودند، علائم افسردگی کمتر و انسجام اجتماعی بیشتری نشان دادند. گرچه وقتی سطوح بالاتری از تبعیض وجود داشت، غرور قومی، نتوانست افسردگی و انسجام را متعادل کند. البته، در بین دانشجویان کره ای–آمریکایی، بدون توجه به سطوح غرور قومی، سطح بالاتر افسردگی با سطح بالای تبعیض و سطح پایین‌ترِ انسجام اجتماعی با سطح پایین تبعیض همراه بود. درنتیجه،

. Sickle cell anemia۱

. Flores۲

. connetedness۳

ممکن است تقویت غرور قومی در این گروه از جمعیت، در مواجهه با سطوح بالاتر تبعیضی که با آن مواجه هستند، عامل محافظ محسوب نشود. با توجه به حجم نسبتاً کوچک گروه نمونه (۸۴ نفر)، آر. ام. لی اذعان کرد که ممکن است در گروه‌های قومی دیگر یا حتی در گروه‌های کره ای-آمریکایی دیگر با اطلاعات جمعیت شناختی متفاوت، نتایج مشابهی به بار نیاید. بااین‌وجود، این پژوهش از نیاز به مطالعات بیشتر در مورد عوامل محافظ در گروه‌های مختلف جمعیتی حمایت می‌کند.

تقویت عوامل محافظ فراگیر

به‌منظور حمایت و تسهیل عوامل محافظ از سطح فردی به سطوح فراگیر، ورا و شین[1] (۲۰۰۶) اهمیت توجه به محیط‌های مضر اجتماعی را موردبحث قرار دادند. به نقل از پژوهش گاربارینو و همکاران (گاربارینو، ۱۹۹۵؛ گاربارینو و بدارد، ۲۰۰۱)، ورا و شین مطرح کردند که عوامل مضر [2] اجتماعی مثل فقر، نژادپرستی، عدم نظارت بزرگ‌تر، خشونت و محرومیت‌های اجتماعی مانع از رشد نقاط قوت و عوامل محافظ در نوجوانان می‌شود. البته جهت‌گیری روان شناسان و دیگر متخصصان حوزه‌ی سلامت روان بر حوزه پیشگیری ایجاب می‌کند که با دوری از مشاوره‌ی سنتی، بحران-محور و روان‌درمانی، در استفاده از دانش و قابلیت‌های تخصصی به منظور ایجاد تأثیرات مثبت بر سامانه‌های اجتماعیِ بزرگ‌تر مثل خانواده، مدارس و همسایگان تأکید اساسی‌تری صورت گیرد. این مسئله مستلزم آن است که متخصصان سلامت روان و رشد انسان به‌منظور تأثیرگذاری بر سیاست‌های عمومی در جهت کاهش یا حذف مضرات اجتماعی در جامعه آموزش ببینند و سیاست‌هایی نظیر کاهش جرم، مراقبت‌های بهداشتی و دسترسی به امکانات آموزشی را توسعه دهند تا عوامل محافظ فردی و نهادی افزایش یابد. این نوع از حمایت[3] با چشم‌انداز عدالت اجتماعی همسو است. در فصل ۵ در این مورد بیشتر بحث خواهد شد.

روان‌شناسی مثبت

روان‌شناسی مثبت از دهه ۱۹۹۰ به‌عنوان یک حوزه تخصصی در مداخلات و پژوهش‌های روان‌شناختی توجه ویژه‌ای را در علوم اجتماعی به خود جلب کرده است. گرچه موضوعات تحت پوشش روان‌شناسی مثبت (مثل خلاقیت، شادی، امید، خرد)، طی تاریخ در حوزه‌های مختلفی نظیر فلسفه، مذهب، ادبیات و علوم اجتماعی

---

1. Vera and Shin
2. Toxin
3. advocacy

مطرح بوده است (پترسن، پارک و سلیگمن، ۲۰۰۵) ولی طی ۲۰ سال گذشته، دانشمندان توجه و علاقه‌ی[1] قابل‌توجهی را به روان‌شناسی مثبت معطوف کرده‌اند (کلیفتن و نلسن، ۱۹۹۲؛ لوپز و اشنایدر، ۲۰۰۹؛ پترسن و سلیگمن، ۲۰۰۴؛ سلیگمن و سیکزنتمیحالی، ۲۰۰۰؛ اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷).

روان‌شناسی مثبت به مطالعه‌ی ویژگی‌ها و کارکردهای مثبت افراد می‌پردازد. تمرکز بر جنبه‌های مثبت در تضاد با تأکید تاریخی روان‌شناسی بر جنبه‌های منفی عملکرد آدمی (مثل افسردگی، اضطراب، سوءاستفاده، اعتیاد) قرار می‌گیرد. حوزه روان‌شناسی مثبت به چگونگی دست یافتن افراد به حالات مثبت روان‌شناختی مانند شادی، امید، تاب‌آوری، خلاقیت و سلامت هیجانی می‌پردازد. اشنایدر و لوپز (۲۰۰۷) روان‌شناسی مثبت را "رویکرد علمی و کاربردیِ کشف نقاط قوت افراد و ارتقای عملکرد مثبت آنان " تعریف کردند (ص. ۳). سلیگمن، استین، پارک و پترسن (۲۰۰۵) تعریف گسترده‌تری از روان‌شناسی مثبت ارائه کردند: "واژه‌ای حمایتی برای مطالعه‌ی هیجان‌ها و خصوصیات شخصی مثبت و توانمندسازی[2] نهادها " (ص.۴۱۰). علاوه بر این، دانشمندان این حوزه تأکید می‌کنند که روان‌شناسی مثبت قصد ندارد که جایگزینِ تمرکز تاریخیِ روان‌شناسی بر نواقص، نقاط ضعف و مشکلات شود ولی در عوض تصمیم دارد در مطالعه هیجانات و تجربیات آدمی که جنبه‌های مثبت عملکرد آدمی را نیز شامل می‌شود، تعادل ایجاد کند (ای. اچ. اس. هریس، ثارسن و لوپز، ۲۰۰۷).

روان‌شناسی مثبت به‌عنوان یک چارچوب مفهومی در پیشگیری بسیار پرکاربرد است (سلیگمن و سیکزنتمیحالی، ۲۰۰۰). تعریف به‌کاررفته از پیشگیری در این کتاب شامل تقویت نقاط قوت و توانمندی‌های فردی، گروهی، محیطی و ارتقای عواملی است که در برابر رنج‌ها و دشواری‌های انسان به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده عمل می‌کنند. عوامل محافظ جز مهمی از یک چارچوب جامع پیشگیری به حساب می‌آیند چراکه افراد و نهادها را در برابر اثراتِ ویژگی‌های مخاطره‌آمیز فردی (مثل خلق‌وخو، نواقص مهارتی) و مواجهه با محیط ناسالم (مثل فقر، بی‌ثباتی خانواده، جرم) محافظت می‌کنند (کوی و همکاران، ۱۹۹۳). درنتیجه روان‌شناسی مثبت می‌تواند از طریق عوامل محافظ به مداخلات پیشگیرانه کمک کند تا توانایی افراد، گروه‌ها و اجتماعات محلی برای مقاومت در برابر رفتارهای آسیب‌زا تقویت شود. سلیگمن و سیکزنتمیحالی (۲۰۰۰) چالش آلبی (۱۹۸۳) را انعکاس دادند که مدل مراقبت از بیماری[3] در روان‌شناسی و علوم بهداشتی و تأکید بر نواقص فردی، هیچ‌کدام در خدمت پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی و استرس‌های ناخوشایند آدمی نبوده است. مطالعه در مورد ویژگی‌ها و نقاط قوت فردی و نهادی به متخصصان علاقه‌مند، گزینه‌ی مؤثری را می‌دهد تا بتوانند مداخلات پیشگیرانه را برای کاهش اختلالات روان‌شناختی و رنج‌های آدمی تقویت کنند.

. excitement۱

. Enabling Institution۲

. Disease model of care۳

طی دهه‌ی اول قرن بیست و یکم، رشته‌ی روان‌شناسی مثبت، مقالات متعدد، مجله‌هایی با موضوعات خاص، کتاب‌ها، وب‌سایت‌ها، گردهمایی‌ها و دوره‌های دانشگاهی را به بار آورده است که به موضوعات مختلف این حوزه پرداخته‌اند (نظیر مجله روان‌شناسی مثبت، مجله مطالعات مربوط به شادی، درس‌نامه روان‌شناسی مثبت [لوپز و اشنایدر، ۲۰۰۹]). سلیگمن و سیکزنتمیحالی (۲۰۰۰) یکی از اولین ویژه‌نامه‌های روان‌شناسی مثبت را در رابطه با کارکرد مثبت آدمی تدوین کردند که به دست تعداد زیادی از روان شناسان رسید. در ویژه‌نامه‌ی ژورنال روان شناسان آمریکا[1] مقالات در حوزه‌ی شادی توسط باس[2] (۲۰۰۰) و میرز (۲۰۰۰)، در حوزه‌ی سلامتی ذهنی توسط دینیر[3] (۲۰۰۰) و در حوزه‌ی خلاقیت توسط سیمنتن (۲۰۰۰) ارائه شد؛ موارد جدیدتر، ویژه‌نامه‌های مشاور[4] در مورد عملکرد بهینه آدمی (لوپز و همکاران، ۲۰۰۶) و مشاوره‌ی مبتنی بر نقاط قوت (اسمیث، ۲۰۰۶) بود که به جنبه‌های نظری و کاربردی روان‌شناسی مثبت پرداختند. ویژه‌نامه‌های مذکور در حوزه‌های متنوعی نظیر روان‌شناسی حرفه‌ای[5] و چند فرهنگ گرایی[6] کاربرد دارند (کنستانتین و سو، ۲۰۰۶). ویژه‌نامه‌ی ژورنال روان‌شناسی محله‌ای و بالینی منابع نقاط قوت انسان و ارتباط آن با متغیرهای عملکرد مثبت نظیر خرد، بخشش و امید (مک کلو[7] و اشنایدر، ۲۰۰۰) را موردتوجه قرار داد. روان‌شناسی مثبت آن‌گونه که به‌واسطه ارزیابی‌های قابل‌قبول و اندیشمندانه گواهی‌شده است، حرفه‌ی روان‌شناسی را به تحرک واداشته است. روان‌شناسی مثبت می‌تواند به‌عنوان چارچوبی برای درک بهتر تجارب آدمی و کمک به پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان استفاده شود (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵).

اقدام اصلی در به‌کارگیری روان‌شناسی مثبت، توسط پترسن و سلیگمن (۲۰۰۴) انجام شد. آنان طرح طبقه‌بندی ویژگی‌های مثبت یا نقاط قوت انسان را ارائه کردند و امید داشتند رقیب راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی[8] (مثل انجمن روان‌پزشکی آمریکا) شود که طبقه‌بندی ناراحتی‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود. پترسن و سلیگمن، سیستم طبقه‌بندی خود را " محسنات و نقاط قوت منش[9]" نامیدند. برای اولین بار،

. American Psychologist۱

. Buss۲

. Diener۳

Counseling Psychologist۴

. vocational۵

. Multiculturalism۶

. Mccullough۷

. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders۸

. Character Strengths and Virtues۹

پترسن و پارک (۲۰۰۹) برای این طبقه‌بندی عنوان *محسنات در عمل*[۱] را انتخاب کردند. این طبقه‌بندی متشکل از ۲۴ نقطه قوت منشی است که در شش حسن اصلی[۲] سازماندهی‌شده است. بر اساس نظریات پترسن و پارک، محسنات در عمل "واژگانی برای گفتمان روان‌شناختی آگاهانه در مورد کیفیات یک فرد است؛ فردی که ارزش تحسین اخلاقی را دارد "(ص.۲۶). شش حسن اساسی این طبقه‌بندی و نقاط قوت منشی همراه با هر ارزش (در پرانتز) عبارت‌اند از: (الف) خرد و دانش (خلاقیت، کنجکاوی، بی‌تعصبی[۳]، عشق به یادگیری، چشم‌انداز[۴])، (ب) شجاعت (اصالت[۵]، شهامت[۶]، پشتکار[۷]، اشتیاق[۸])، (ج) انسانیت (مهربانی، عشق، هوش اجتماعی)، (د) عدالت (انصاف، رهبری، کارگروهی)، (ه) میانه‌روی[۹] (بخشندگی، فروتنی[۱۰]، دوراندیشی[۱۱]، خود-تنظیمی[۱۲]) و (و) تعالی[۱۳] (فهم زیبایی و کمال، قدردانی[۱۴]، امید، طنز، دین‌داری). مقیاس‌های اندازه‌گیری نقاط قوت منش تقویت شده است و طی چندین سال مطالعه‌ی تجربی، با داده‌های جمع‌آوری‌شده از روش‌های مختلف شامل نظرسنجی اینترنتی ارتقا یافته است (پترسن و پارک، ۲۰۰۹). این مقیاس، نظرسنجیِ ارزش‌های منش در عمل[۱۵] (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷) نامیده می‌شود و در اینترنت قابل‌دسترسی است (نگاه کنید به http://www.viacharacter.org). نسخه بزرگ‌سال پرسشنامه ذکرشده از ۲۴۰ سؤال تشکیل‌شده است، ده سؤال برای هر نقطه قوت؛ نسخه‌ی کوتاه‌تر آن برای نوجوانان نیز وجود دارد (پارک و پترسن، ۲۰۰۵؛ اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) حمایت و شواهد تجربی برای ۶ حسن و ۲۴ نقطه‌ی قوتِ منش را در کشورها و فرهنگ‌های مختلف ارائه کرده‌اند.

. Virtues in Action۱

. Core Virtue۲

. Open mindness۳

. Perspective۴

. Authenticity۵

. Bravery۶

. Persevarence۷

. Zest۸

. Temperance۹

. Modesty۱۰

. Prudence۱۱

. Self-Regulation۱۲

. Transcendence۱۳

. Gratitude۱۴

. Values in Action Survey of Character۱۵

علاوه بر طبقه‌بندی نقاط قوت، اشنایدر و لوپز (۲۰۰۷) دو طبقه‌بندی و مقیاس نقاط قوت انسان را ارائه کرده‌اند که به شکلی گسترده به کار گرفته‌شده‌اند: یابنده نقاط قوت ِکلیفتنِ[۱] گالوپ و ۴۰ سرمایه رشدی موسسه‌ی سرچ[۲].

یابنده نقاط قوت کلیفتن

طبقه‌بندی نقاط قوت توسط دانلد کلیفتن در دانشگاه نبراسکا و سازمان گالوپ شکل گرفت. کلیفتن کارش را سال‌ها پیش از موج فعلی اشتیاق به روان‌شناسی مثبت با تحقیق بر روی موفقیت شغلی و آنچه به نظر مردم در دهه‌ی ۱۹۵۰ درست به نظر می‌آمد، شروع کرد (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). در سال ۱۹۸۸ شرکت کوچکِ مشاوره سازمانی کلیفتن به‌تدریج سازمان گالوپ را مالک شد و او به‌عنوان هیئت‌رئیسه تا سال ۱۹۹۹ در آنجا باقی ماند. انجمن روان‌شناسی آمریکا طی مراسم تقدیر ریاست آن انجمن، مشارکت اصلی او در حوزه‌ی نقاط قوت انسان را در سال ۲۰۰۲ قدر نهاد و از او به‌عنوان پدر روان‌شناسی مبتنی بر نقاط قوت[۳] یاد کرد.

به لحاظ مفهومی، کلیفتن موفقیت را با استعداد، نقاط قوت و هوش فرد هم‌راستا کرد و بعد از چند تکرار جزئی، طبقه‌بندی "یابنده نقاط قوت " کلیفتن نهایی شد. این طبقه‌بندی در حال حاضر شامل ۳۴ مضمون، همراه با ۱۸۰ جمله‌ی جفت شده است. "یابنده نقاط قوت " یک ارزیابی اینترنت–محور است که مشتمل بر چندین کتاب پرفروش است (نگاه کنید به:http://www.strenghts.gallup.com). مثال در مورد ۳۴ مضمون یابنده نقاط قوت و تعاریف خلاصه (در پرانتر) آن‌گونه که توسط اشنایدر و لوپز (۲۰۰۷) گزارش‌شده عبارت‌اند از: (الف) موفق[۴] (طاقت[۵] بیشتر، سخت‌کوش و مولد[۶])، (ب) باور (ارزش‌های اساسی مستحکم که هدف زندگی افراد را تعریف می‌کند)، (ج) تمرکز (دنبال کردن و ادامه‌ی مسیر)، (د) هماهنگی[۷] (درصدد اجماع)، ه) مثبت‌گرایی (شور و شوق برای فعالیت‌های مشترک با دیگران)، (و) مسئولیت‌پذیری (دارا بودن ارزش‌های صداقت و وفاداری)، (ی) اهمیت (استقلال و به رسمیت شناخته شدن توسط دیگران).

. Gallup's Clifton StrenghtsFinder۱

. Search Institute's ٤٠ Developmental Assets.۲

. Strenght-based Psychology۳

. Achiever۴

. Stamina۵

. Productive۶

. Harmony۷

یابنده نقاط قوت به چندین زبان ترجمه‌شده است و نقاط قوت نوجوان کلیفتن[۱] برای کودکان و نوجوان ۱۰ تا ۱۴ ساله در دسترس است. نسخه نوجوان نیز اینترنت–محور است و شامل منابعی برای والدین و آموزشگران است.

تحقیقات روان‌سنجی متعددی در رابطه با یابنده نقاط قوت انجام و مشخص‌شده است که از قابلیت‌های روان‌سنجیِ قوی برخوردار است (لوپز، هادجز و هارتر، ۲۰۰۵). محدودیت‌های یابنده نقاط قوت این است که فقط پنج مضمون اول (سه مضمون اول نوجوان) رتبه‌بندی شده است و به تغییرات پیش آزمون–پس آزمون حساس نیست و نباید به این طریق به‌عنوان مقیاس استفاده شود (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷).

سرمایه رشدی موسسه‌ی سرچ

موسسه‌ی سرچ، سازمانی وابسته به مینیاپولیس است که در سال ۱۹۵۸ تأسیس شد. این موسسه متشکل از شرکایی از مؤسسات محلی و سازمان‌هایی است که رشد کودکان و نوجوانان سالم با تمرکز بر محل زندگی و سرمایه‌های نوجوانی از طریق برنامه‌های آموزشی، کارآموزی، تحقیق و رهبری را مدنظر قرار می‌دهد (موسسه سرچ، بدون تاریخ). در سال ۱۹۹۰، موسسه‌ی سرچ یک نظرسنجی ملی (نیمرخ زندگی دانش‌آموز: نگرش‌ها و رفتارها) در مورد نوجوانان کلاس‌های ۶ تا ۱۲ را در ۱۱۱ محله در ایالات‌متحده‌ی آمریکا انجام داد. نتایج نظرسنجی در اثری شاخص تحت عنوان *سفر دشوار[۲]: نیمرخ نوجوانان کلاس‌های ششم تا دوازدهم* چاپ شد که ۳۰ سرمایه رشد سالم نوجوانی را شناسایی کرد (بن سِن[۳]، ۱۹۹۳). این سرمایه‌ها به بلوک‌های ساختمان می‌مانند که می‌توانند از شرکت نوجوانان در رفتارهای آسیب‌زا جلوگیری کرده و موفقیت در مدرسه و دیگر جنبه‌های زندگی را به وجود آورند. بر اساس تحقیق نظرسنجی بعدی، مجموعه‌ی اصلی سرمایه‌ی رشدی از ۳۰ به ۴۰ مورد گسترش یافت که ۲۰ مورد از موارد شناسایی‌شده، درونی و ۲۰ مورد بیرونی بود. سرمایه‌های درونی، ویژگی‌ها و رفتارهای شخصیتی مثل انگیزه موفقیت، مراقبت و خود–ارزشمندی هستند. سرمایه‌های بیرونی شامل محیط‌های حمایت‌کننده و انسانی است که نوجوانان در آن زندگی می‌کنند و از زمان و اوقات فراغت و خدمات محلی خلاقانه استفاده می‌کنند (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). موسسه سرچ به انجام پژوهش در مورد نوجوانان ادامه می‌دهد. فعالیت‌های این موسسه به سرمایه‌های رشدی کودکان کم سن تر نیز پرداخته است. چارچوب موسسه سرچ درباره سرمایه‌های رشدی برای تقویت مشارکت اجتماع در ارتقا سرمایه رشدی نوجوان در تمامی محله‌ها به کار گرفته‌شده است. یکی ازاین‌گونه پروژه‌ها، پروژه "اول، بچه‌ها[۴]" است که در سال ۱۹۹۳ در سنت لوییز پارک در ایالت مینه‌سوتا انجام شد و در شهر فعال باقی ماند. ویژگی‌های این پروژه این است که (الف) از آن به‌عنوان یک

---

۱. Clifton Youth Strenghts Explorer

. Troubled Journey۲

. Benson۳

. Children First۴

فلسفه و نه برنامه یاد می‌شود؛ (ب) تمرکز بر خصوصیات مثبت نوجوانی و نه بر رفتارهای منفی و مخاطره‌آمیز است؛ (ج) تمامی افراد از تولد تا ۱۸ سال مخاطب‌اند؛ (د) از مشارکت فعال گسترده–محله با بازار، شهر، آموزش، بهداشت و مکان‌های مذهبی حمایت می‌کند؛ و (ه) از تمامی اعضا اجتماع برای حمایت از نوجوانان دعوت به عمل می‌آید (www.children-first.org).

این نوع از اقدام‌های پیشگامانه ی محله‌ی مشارکتی، نمونه‌ای است برای عبارتی که اغلب نقل‌قول می‌شود "یک شهر نیاز است تا یک بچه بزرگ شود " که دال بر اهمیت تلاش گروهی اجتماع برای ارتقا رشد نوجوانان و کاهش رفتارهای آسیب‌زا است. پروژه‌ی "اول، بچه‌ها " مثال خوبی از یک برنامه‌ی محلی فراگیر است که عوامل محافظ را در بین نوجوانان ارتقا می‌دهد.

به لحاظ مفهومی، ثابت‌شده است که روان‌شناسی مثبت و ارتقای بهینه عملکرد انسان، موضوعات به‌غایت پرباری برای ارزیابی‌های کارشناسانه و کار با کودکان، نوجوانان و بزرگ‌سالان در شرایط متنوع است (لوپز و اشنایدر، ۲۰۰۹). ایده‌های پیرامونِ تحقیق در مورد ویژگی‌های مثبت در افراد و مؤسسات، ارزش و جذابیت قابل‌توجهی را برای تشکل‌های حرفه‌ای و عامه مردم در خود دارد. روان‌شناسی مثبت مدلی را ارائه می‌کند که می‌تواند به‌عنوان شالوده‌ای برای مداخلات پیشگیرانه‌ی مبتنی بر نقاط قوت در کودکان، نوجوانان و بزرگ‌سالان به کار آید (گالاسی و آکاس[1]، ۲۰۰۷؛ لوپز و اشنایدر، ۲۰۰۹؛ اسمیث، ۲۰۰۶).

خلاصه

عوامل محافظ در کاهش خطرات رفتارهای آسیب‌زا در پیشگیری مهم هستند. گرچه دانش درباره عوامل محافظ افزایش یافته است، ولی به لحاظ تاریخی به عوامل خطر، به‌مراتب توجه بیشتری شده است. در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر، در رابطه با عوامل خطر و عوامل محافظ در کودکان و نوجوانان تحقیقات بیشتری انجام می‌شود. البته پژوهش درباره‌ی عوامل محافظ و خطر در پایان دوره نوجوانی و آغاز بزرگ‌سالی حوزه‌ی رو به رشدی است. به‌استثنای ابتدای دوره‌ی بزرگ‌سالی، پژوهش درباره‌ی عوامل محافظ و خطر در میان‌سالی و سالمندی بسیار اندک است. با توجه به مسن شدن جمعیت در ایالات‌متحده‌ی آمریکا و سراسر جهان، تحقیقات مربوط به عوامل محافظ و خطر در افراد مسن‌تر مهم و موردنیاز است.

به‌عنوان مروری بر این فصل، عوامل محافظ برای رفتارهای آسیب‌زا الزاماً جنبه‌های مثبت عوامل خطر در تمامی موقعیت‌ها نیستند. در برخی از محیط‌ها، ممکن است عوامل محافظ در کاهش رفتارهای آسیب‌زا چشم‌اندازهای بسیار متفاوتی را ارائه کنند. به‌عبارت‌دیگر، کاهش خطرات، الزاماً عوامل محافظ را افزایش نمی‌دهد. به همین ترتیب، تقویت عوامل محافظ الزاماً عوامل خطر را کاهش نمی‌دهد. درنتیجه، نیاز است که محققان و کارشناسان پیشگیری به هر دودسته از متغیرهای محافظ و خطر در پژوهش‌ها و مداخلات پیشگیری دقت کنند.

---

[1] Galassi & Akos.

چشم‌انداز حوزه تخصصی روان‌شناسی مثبت شالوده نظری مفیدی را در دقت به عوامل محافظ ارائه می‌کند. محققان و متخصصان پیشگیری می‌توانند از مفاهیم روان‌شناسی مثبت در تثبیت مداخلاتی استفاده کنند که عوامل محافظ را در برابر مشکلات ویژه تقویت می‌کند. برای مثال، درصورتی‌که مشخص شده باشد در سطح فردی، چنانچه مشخص شود در برابر مشکلات خاصی، می‌توان نقاط قوتِ شخصیتی را افزایش داد، عامل محافظ باشند. به همین ترتیب، نقاط قوت نهادی و محیطی می‌توانند به‌عنوان ابزاری برای کاهش رفتارهای آسیب‌زا ارتقا یابند. استفاده از روان‌شناسی مثبت به‌عنوان شالوده‌ی پیشگیری از آسیب‌ها، در مرحله‌ی بسیار ابتدایی به سر می‌برد، ولی در رابطه با رویکرد مبتنی بر نقاط قوت ذکرشده، امید قابل‌توجهی در تحقیقات و کاربردهای پیشگیری وجود دارد.

فصل ۵

عدالت اجتماعی و حمایت از سیاست‌های عمومی[1]

در طول قرن بیستم، به‌واسطه رویکردهای قوی حمایتی و عدالت اجتماعی، رشد پیشگیری در حرفه‌های سلامت روان تقویت شده است. عدالت اجتماعی، پیشگیری و حمایت از سیاست‌های عمومی با یکدیگر در ارتباط هستند چراکه همگی باعث می‌شوند زندگی افراد تقویت شود. همان‌طور که در فصل ۲ ارائه شد، در ابتدای قرن بیستم، اصلاح‌طلبان اجتماعیِ حوزه‌های سلامت روان، مددکاری اجتماعی و راهنمایی شغلی، اصول، ایده ال ها و فعالیت‌های خود را از عدالت اجتماعی و چشم‌اندازهای حمایت اجتماعی مطرح کردند.

طی دهه ۶۰ و ۷۰ حمایت اجتماعی به‌عنوان شالوده‌ی پیشگیری توجه رو به افزایشی را به خود جلب کرد (فونداکار و واینبرگ[2]، ۲۰۰۲). این دوره در تاریخ آمریکا به‌واسطه‌ی دگرگونی‌های عظیم اجتماعی و حمایت از عدالت اجتماعی مشخص می‌شود. البته وضعیت مذکور، معطوف به بخش‌هایی از جامعه بود که از توانمندی کمتری برخوردار بودند. یکی از نتایج جنبش‌های اجتماعی، تخصصی جدید در روان‌شناسی بود: روان‌شناسی محله‌ای. روان‌شناسی محله‌ای به‌عنوان بخش بیست و هفتم انجمن روان‌شناسی آمریکا، در سال ۱۹۶۵ ایجاد شد. این بخش، اخیراً *جامعه‌ی تحقیق محله‌ای و اقدام*[3]– *روان‌شناسی محله‌ای* نام‌گرفته است که به تقویت دیدگاه عدالت اجتماعی و اهداف پیشگیری می‌پردازد. این بخش، " از طریق تقویت همکاری بین توانمندسازی، روان‌شناسی محله‌ای و جایی که نابرابری وجود دارد تأثیر قدرتمند و همه‌جانبه‌ی تقویت آسایش و عدالت اجتماعی را برای همه‌ی افراد " دنبال می‌کند؛ و یکی از اهدافش "افزایش به‌کارگیری علوم اجتماعی و رفتاری برای افزایش آسایش مردم و محل زندگی آنان و پیشگیری از نتایج مضر " است (جامعه‌ی تحقیق محله‌ای و اقدام، بدون تاریخ).

---

1. Public Policy Advocacy
2. Fondacaro & Weinberg
3. The Society for Community Research and Action

در قرن ۲۱ تأکید و علاقه بر عدالت اجتماعی و پیشگیری در روان‌شناسی و رشد انسان تداوم داشته است (گودمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ کنی و هیج[۱]، ۲۰۰۹؛ کنی، هورن، آرپیناس[۲] و ریس[۳]، ۲۰۰۹ الف؛ پیترس، هاناس و گیل[۴]، ۲۰۱۳؛ ریس ورا، ۲۰۰۷؛ ورا و کنی، ۲۰۱۳). ارتباط بین عدالت اجتماعی و پیشگیری پیچیده است. کنی و هیج (۲۰۰۹) پیشگیری را به‌عنوان "ابزار عدالت اجتماعی " توصیف کردند (ص. ۱). البته می‌توان به این موضوع پرداخت که عدالت و حمایت اجتماعی، دورنمای پیشگیری را تقویت کرده و از طریق بسیاری از حوزه‌های جامعه، اقدامات اجرایی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بااین‌وجود، در این فصل ارتباط بسیار قوی بین عدالت اجتماعی، حمایت از سیاست‌های عمومی و پیشگیری به تصویر کشیده شده است. عدالت اجتماعی و ارتقای آن از طریق حمایت از سیاست‌های عمومی، دورنمای پیشگیرانه را توسعه می‌دهد و در ارتقا و حمایت از اقدامات و سیاست‌هایی که سبب تقویت افراد شده و نابرابری را کاهش می‌دهد، اهداف پیشگیری تثبیت می‌شود.

تاریخچه‌ی عدالت اجتماعی و پیشگیری، تعامل این دو را به‌روشنی نشان می‌دهد. با شروع جنبش‌های اصلاحات اجتماعی در اوایل قرن بیستم و به‌منظور بهبود زندگیِ افرادی از جامعه‌ی آمریکا که از توانمندی کمتری برخوردار بودند، این تعامل آغاز شد. البته ارتباط بین عدالت اجتماعی، حمایت از سیاست‌های عمومی و پیشگیری، پیچیده است، زیرا درک رابطه‌ی بین چگونگی پیشگیری از آسیب‌ها در افراد اشاره‌شده که از ارزش‌ها و باورهای مختلفی برخوردارند (مانند تفاوت در سطح مراقبت بهداشتی و یا حمل سلاح) دشوار است.

این فصل با نظریه جامعه‌ی عدالت[۵] محور از جان رالز[۶] (۱۹۷۱) آغاز می‌شود که چارچوبی را برای ادغام پیشگیری و حمایت اجتماعی ارائه می‌کند. این ادغام در کارهای جرج آلبی[۷] و ایساک پریِلتنسکی[۸] که هر دو روانشناس هستند دنبال می‌شود. همان‌گونه که در نظرات ارائه‌شده توسط صاحب‌نظران ذکرشده خواهد آمد، نقش روان شناسان و دیگر متخصصان حوزه سلامت روان بحث می‌شود. نقش این افراد، حمایت از سیاست‌های عمومی است که با دفاع از برنامه‌های جدید پیشگیری، ارتقاء آسایش فردی و اجتماعی را به دنبال دارد.

. Hage۱

. orpinas۲

. Reese۳

. Pieterse, Hanus, & Gale۴

. Just Society۵

. John Rawals۶

. George Albee۷

. Isaac Prilleltensky۸

جان رالز: عدالت توزیعی[1] و تقویت جامعه‌ی عدالت محور

عدالت توزیعی به‌عنوان یک مفهوم در گفتمان صاحب‌نظران، تاریخچه‌ای بس طولانی دارد که به دوران باستان برمی‌گردد (انگلارد[2]، ۲۰۰۹؛ فرولیش[3]، ۲۰۰۷). بحث عدالت توزیعی راجع به توزیع برابر و عادلانه‌ی کالا، خدمات و منابع به‌منظور تقویت جامعه‌ی عدالت محور است. شالوده‌ی نظری که ارتباط بین عدالت توزیعی و جامعه‌ی عدالت محور را مطرح می‌کند توسط رالز (۱۹۷۱) ارائه شد.

جان رالز آمریکایی، فیلسوفِ سیاست و اخلاق بود. او رساله‌ی کلاسیک نظریه‌ی عدالت (۱۹۷۱) را نوشت که در آن بنای یک جامعه‌ی عدالت محور را توصیف کرد. بر اساس اندیشه‌های رالز، عدالت اجتماعی قویاً به دو اصل اساسی مرتبط است. اولین اصل بیان می‌کند که اعضای یک جامعه باید حقوق و آزادی‌های برابری در مشارکت کامل در ساختارها و نهادهای اجتماعی مانند ساختارهای سیاسی و قانونی داشته باشند. اصل دوم دو بخش دارد. بخش اول بیان می‌کند که تمامی اعضای یک جامعه برای کسب جایگاه‌های قدرت و اقتدار در جامعه از فرصت‌های برابری برخوردار هستند. بخش دوم از اصل دوم عدالت اجتماعی رالز به *اصل تفاوت* می‌پردازد و بیان می‌کند که نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی در جامعه بایستی به‌گونه‌ای نظم یابند که بیشترین سود را برای اعضایی از جامعه فراهم کند که حداقل سود را دریافت کرده‌اند. اصل تفاوت از این ایده حمایت می‌کند که اعضایی که کمترین سود را داشته‌اند از موفقیت‌های اعضایی نفع ببرند که سود بیشتری دریافت کرده‌اند. درنتیجه، اصول رالز در یک جامعه‌ی عدالت محور از حقوق و آزادی‌های برابر حمایت می‌کند، فرصت‌های یکسانی را برای همه‌ی اعضای جامعه مطرح می‌کند و به نابرابری‌ها در منابع اجتماعی و اقتصادی نظم می‌دهد تا منافع افرادی که حداقل سود را برده‌اند، به حداکثر برسد.

جرج آلبی: عدالت اجتماعی و پیشگیری

جرج آلبی پیشگام اصلی در ارتقای پیشگیری در روان‌شناسی طی نیمه‌ی پایانی قرن بیستم است. وی در سال ۱۹۶۹ رئیس انجمن روان شناسان آمریکا بود. در سال ۱۹۵۹، آلبی اولین کتاب خود با نام *روندهای نیروی انسانی در سلامت روان*[4] را چاپ کرد که در آن مطرح کرد پیشگیری تنها راه عملی کاهش بروز اختلالات روانی است. درخواست‌های مشتاقانه‌ی او برای تغییر در نظم اجتماعی از طریق قدم‌های پیشگامانه ی عدالت اجتماعی برای کاهش بروز آسیب‌های روان‌شناختی در بسیاری از تألیفات آلبی طی دوران کاری اش تداوم یافت. او برای کاهش اختلالات روانی از یک انقلاب در روان‌شناسی و روان‌پزشکی جانب‌داری کرد (آلبی، ۲۰۰۵). آلبی تأثیر

Distributive justice۱

. Englard۲

. Frohlich۳

. Mental Health Manpower Trends۴

قابل‌توجهی بر پیشگیری گذاشت و برای فعالیت‌هایش چندین جایزه دریافت کرد. او به‌عنوان رئیس گروه سلامت روان طی دوره‌های مدیریتی آیزنهاور و کارتر خدمت کرد و جایزه ممتاز مشارکت حرفه‌ای و جایزه دستاورد یک‌عمر فعالیت در روان‌شناسی پیشگیرانه‌ی کاربردی را از انجمن روان‌شناسی آمریکا دریافت کرد. علاوه بر این، آلبی پس از مرگش در سال ۲۰۰۸، برای فعالیت‌های قابل‌توجه اش در روان‌شناسی ، پیشگیری و عدالت اجتماعی توسط بخش پیشگیری جامعه‌ی روان‌شناسی مشاوره‌ی انجمن روان‌شناسی آمریکا تقدیر شد.

آلبی از این موضوع حمایت می‌کرد که روان‌شناسی ، می‌بایست بی‌عدالتی اجتماعی را مدنظر قرار دهد و به نیازهای افرادی از جامعه توجه کند که به‌واسطه‌ی اقدامات اجتماعی از حقوق اجتماعی خود محروم شده‌اند. در آن زمان، او جز معدود کسانی بود که این موضع را اتخاذ کرد. کارهای او تأثیر مهمی بر توسعه‌ی تخصص روان‌شناسی محله‌ای گذاشت. آلبی یکی از مؤسسین اجلاس ورمونت[1] در پیشگیری اولیه بود. آلبی در سخنرانی‌اش به‌عنوان رئیس انجمن روان‌شناسی آمریکا (۱۹۷۰)، آینده‌ی روان‌شناسی بالینی را این‌گونه نقد کرد که این حرفه با تداوم اِسناد به مدل پزشکیِ مراقبت، بر تشخیص و درمان متمرکز است و از پیشگیری در اقدامات روان‌شناسی غفلت می‌ورزد.

در ترویج چشم‌انداز پیشگیری به‌عنوان رقیبی برای مدل مداخله در بحران، آلبی (۲۰۰۰) در چندین موقعیت رسمی مطرح کرد که هیچ بیماری یا مشکل روان‌شناختی هرگز به‌واسطه‌ی درمان ریشه‌کن نشده است مگر آن زمان که یک فرد مبتلا شده باشد. او قویاً معتقد بود که اگر برای ریشه‌کن کردن تراژدی بیماری‌های ذهنی و اختلالات روان‌شناختی امیدی وجود داشته باشد، این خواهد بود که به شرایط اجتماعیِ تقویت‌کننده‌ی بیماری‌های ذهنی توجه شود. برخلاف درخواست پرشور آلبی از رشته‌ی روان‌شناسی که امکان بیشتری را برای پیشگیری و عدالت اجتماعی فراهم کند، او در پایان دوره‌ی کاری اش اظهار تأسف کرد که درمان فردی و مدل درمانیِ مراقبت، به‌عنوان الگوی انتخابی در آموزش روان شناسان و اقدامات حرفه‌ای آنان تداوم یافته است. او طی دوره‌ی شاخص کاری اش، در مورد پایان دادن به نژادپرستی، تبعیض جنسی، فقر و دیگر شرایط اجتماعی تأکید داشت. آلبی معتقد بود این‌گونه شرایط، مشکلات روان‌شناختی را برای افراد به وجود آورده و منجر به فروپاشی محیط‌های زندگی در اجتماع می‌شود. آلبی رساترین صدا در طرح این اندیشه بود که از چارچوب پیشگیرانه‌ی عدالت اجتماعی در روان‌شناسی و دیگر حرفه‌های سلامت روان صحبت به میان آورد. میراث به‌جای مانده از او، توسط دیگر افراد در روان‌شناسی و دیگر رشته‌ها به‌پیش برده شد.

آلبی (۲۰۰۹) بر این باور باقی ماند که بیشتر، آنچه آسیب‌شناسی روانی نامیده می‌شود به‌شدت ریشه در شرایط مسموم اجتماعی نظیر فقر، تبعیض و ناتوانی دارد، چراکه این شرایط، محیطی را به وجود می‌آورند که منجر به رفتارهای فردی نابهنجار و ناکارآمد می‌شود (آلبی، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶). باوجودی که آلبی اذعان داشت برخی از بیماری‌های روان‌شناختی ریشه ژنتیک داشته و مربوط به جسم هستند، ولی بر این باور باقی ماند که بیشتر

[1]. Vermont Confrence

مشکلات سلامت روان مربوط به شرایط اجتماعی منفی هستند. البته باوجودی که نمی‌توان آن‌ها را از بین برد، ولی می‌توان با اقدامات مناسب آن‌ها را کاهش داد. او بعدها به این موضوع پرداخت که تبیین‌های زیست‌شناختی برای بیماری‌های روان‌شناختی در بین روان‌پزشکان و دیگر متخصصان سلامت روان بیش‌ازحد تأکید شده است. وی معتقد بود منافع اجتماعی و مالیِ کسب‌شده از به‌کارگیری مدل پزشکی به سود متمولین جامعه خواهد بود. آلبی مثال‌ها و مطالعات متعددی را برای حمایت از این بحث خود نقل می‌کند که آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه کسانی هستند که به مشکلات سلامت روان، ناراحتی‌های هیجانی و رفتارهای ناکارآمد دچار هستند. درنتیجه، او در مورد چارچوب پیشگیری اولیه‌ای بحث می‌کند که با تأکید بر جامعه‌ی عدالت محور، همه اعضای آن حقوق و فرصت برابری در منافع مالی و قدرت داشته باشند. به عقیده‌ی آلبی، الزاماً، هدف اساسی پیشگیری اولیه، توجه به شرایطی است که استرس‌های ناخوشایند روان‌شناختی و ناکارآمدی افراد را سبب می‌شوند. این شرایط شامل فقر، تبعیض و محرومیت از حقوق اجتماعیِ بخش بزرگی از جامعه در ایالات‌متحده‌ی آمریکا و دنیا است.

در تائید نظرات تأمل‌برانگیز آلبی (برای مثال، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶) می‌توان به نابرابری‌های آموزشی و بهداشتی اشاره کرد که در بین جمعیت سفیدپوست و گروه‌های اقلیت در ایالات‌متحده‌ی آمریکا وجود دارد. برای مثال، مرکز ملی آمارهای آموزشی (۲۰۱۲)، وابسته به وزارت آموزش آمریکا گزارش کرد که دانش‌آموزان سفیدپوست بیش از دو برابر دانش‌آموزان سیاه‌پوست، اسپانیایی‌تبار و بومی آمریکا از شانس به پایان رساندن دبیرستان برخوردارند. علاوه بر این بر اساس گزارش آژانس تحقیق و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (۲۰۰۴)، جمعیت اقلیت‌های قومی ایالات‌متحده‌ی آمریکا در مقایسه با جمعیت سفیدپوست و طبقات بالاتر اجتماعی–اقتصادی از مراقبت‌های بهداشتی و وضعیت سلامت نامطلوب رنج می‌برند. نابرابری در آموزش و سلامتی به شکل منفی اثری عمیق بر جامعه دارد. برای مثال، نداشتن دیپلم دبیرستان موجب می‌شود که دستیابی به تحصیل بالاتر، امکانات شغلی و متعاقباً درآمدهای آتی محدود شود. بدون بیمه‌های مکفی در مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت‌های پیشگیرانه‌ی سلامتی و درمان، به‌مراتب کمتر در دسترس است. این موضوع، کیفیت زندگی و طول عمر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از موارد مهم، نبود مراقبت‌های قبل از زایمان است که مرگ‌ومیر نوزادان، وزن کم هنگام تولد و زایمان‌های سخت را به دنبال دارد که تا سال‌ها بر کودک تأثیر سو می‌گذارند (هک و همکاران، ۲۰۰۲؛ ریکاردز، کلی، دویل و کالانان، ۲۰۰۱). قانون مراقبت بهداشتی و مراقبت از بیمار[۱] در آمریکا (۲۰۱۰) بیمه بهداشتی تقویت‌شده‌ای را برای گروه‌های اجتماعی–اقتصادی پایین‌تر در جامعه ارائه می‌کند. این قانون، برای خدمات پیشگیرانه در طول عمر، از مراقبت‌های پیش از تولد تا خدمات پیشگیرانه در سالمندان اعتباراتی را در نظر می‌گیرد. البته، تصویب قانون ملی مراقبت‌های بهداشتی در ایالات‌متحده‌ی آمریکا چندین سال طول کشید. ضمن این‌که در حال حاضر در مورد ارزش و محسنات قانون فعلی، بحث و گفتگوها به شدت در جریان است. باوجودی

---

۱. The U.S. Patient Protection and Affordable Health Care Act

که این قانون در ابتدا در سال ۲۰۱۰ تصویب شد، بخش‌های مختلفی از تصویب آن به‌عنوان قانون مرحله‌بندی شده است تا به شکل کامل اجرا شود.

آلبی (۱۹۸۳) و آلبی و کانتو (۱۹۹۶) مطرح کردند که پیشگیری باید شیوع اختلالات سلامت روان را کاهش دهد؛ به این منظور، او و همکارانش فرمول زیر را ارائه کردند که ارتباط بین متغیرهای اولیه با اختلالات روانی را نشان می‌دهد. شیوع مشکلات سلامت روان وقتی کاهش می‌یابد که متغیرهای صورت کاهش‌یافته و متغیرهای مخرج افزایش یابد.

$$\text{شیوع اختلالات روانی} = \frac{\text{عوامل جسمانی + استرس + سوءاستفاده}}{\text{توانایی‌ها}^{1}\text{ + خود-ارزشمندی+ شبکه‌های حمایت اجتماعی}}$$

در فرمول ذکرشده، عوامل *جسمانی* به موضوعات فیزیولوژیکی اشاره می‌کند که قابل‌پیشگیری هستند. به‌عنوان نمونه، آسیب مغزی ایجادشده به علت آلودگی سرب، خطرات محیطی-شغلی که ممکن است منجر به ناتوانی شود و سکته‌های مغزی مواردی هستند که می‌توان از طریق کارزارهای[۲] آموزش عمومیِ سلامت، پیشگیری شوند. بر *استرس* به شیوه‌های مختلفی می‌توان غلبه یافت (برای مثال، استرس‌های شخصی، استرس‌های محیطی) و آن را به شیوه‌های مختلفی مدیریت کرد. برای مثال، استرس شخصی ممکن است با آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و ارائه آموزش در مورد ارتباط بین مدیریت استرس و بهبود رفتارهای مربوط به سبک زندگی کاهش یابد (برای مثال، ورزش منظم، خواب کافی). فنون نظریه‌ی شناختی رفتاری نیز در مدیریت استرس سودمند هستند و می‌توان از آن‌ها در مداخلات پیشگیری استفاده نمود. کاهش استرس‌های محیطی مستلزم تغییراتی در نهادها و سامانه‌هایی است که مردم در آنجا زندگی و کار می‌کنند. برای مثال، می‌توان به‌واسطه کاهش حجم صدا در محیط‌های کاری، آموزش برای بهبود روابط در بین همکاران و ارائه مشوق‌های مالی برای انگیزه‌مند کردن کارکنان به‌منظور شرکت در فعالیت‌های افزایش‌دهنده‌ی سلامت (نظیر عضو شدن در باشگاه ورزشی)، استرس را کاهش داد. علاوه بر این از طریق روابط همسایگی ایمن و اقدامات پیشگیری از جرم از طریق مهیاکردن امکانات سرگرمی و فعالیت‌های فرح‌بخش برای تمامی اعضای محله می‌توان از استرس‌های محیطی کاست. سوءاستفاده در بین واحدهای کوچک یا بزرگ اجتماع از خانواده گرفته تا محل زندگی و کل کشور، از طریق وضع و اِعمال قوانینی کاهش می‌یابد که به همه‌ی اعضای جامعه حق برابر دهد. (اصولِ حمایت‌شده توسط رالز، ۱۹۷۱). موضوعی به همان اندازه مهم، حذف رفتار یا مسامحه‌هایی است که باعث سوءاستفاده یا بهره‌کشی از اعضا جامعه می‌شود، نظیر بی‌توجهی و غفلت از سالمندان و اِعمال ضعیف قانون در رابطه با خرید الکل توسط افراد کم سن و سال، یا فعالیت‌هایی که باعث سوءاستفاده جنسی از دختران و زنان می‌شود.

---

۱. competence

۲. campaign

به‌زعم آلبی و همکاران (آلبی، ۱۹۸۳؛ آلبی و کانتو، ۱۹۹۶) شیوع اختلالات روانی به‌واسطه‌ی افزایش متغیرهای مخرج در فرمول مذکور کاهش می‌یابد. در فرمول، *توانایی‌ها*، به تقویت مهارت‌هایی اشاره دارد که به افراد کمک می‌کند از پس دشواری‌های زندگی برآیند. می‌توان توانایی‌های تحصیلی، بین فردی و شغلی را به هر شیوه‌ای تقویت کرد، ولی تقویت این‌گونه توانایی‌ها در سال‌های اولیه زندگی بهترین تأثیر را خواهد داشت. رشد توانایی‌ها طی دوران مدرسه می‌تواند منجر به موفقیت‌های تحصیلی و نتایج مثبت دیگری شود (دورلاک، وایسبرگ، دیمنیکی، تِیلر و شلینگر[1]، ۲۰۱۱). تقویت توانایی‌ها، دستیابی بالاتر به تحصیلات دانشگاهی، استخدام و منافع مالی را مهیا می‌کند. *خود-ارزشمندی* (فرمول را ببینید) از طریق رشد مهارتی و شرکت در فعالیت‌ها و سازمان‌هایی افزایش می‌یابد که رشد فردی را فراهم می‌کنند. برای نوجوانان، فعالیت‌ها می‌تواند شامل شرکت در برنامه‌های سرگرم‌کننده و خوشایندی نظیر شرکت در برنامه‌ی پیشاهنگی، ورزشی، حرکات موزون، تئاتر و عضو شدن در سازمان‌های نوجوانان یا سازمان‌های مذهبی باشد که مهارت‌هایی جدیدی را کسب می‌کنند؛ و یا از آموزش‌های یک بزرگ‌سال باتجربه بهره‌مند شده و یا در فعالیت‌های حمایت اجتماعی و عدالت اجتماعی شرکت کنند. شبکه‌های *حمایتی* (فرمول را ببینید) در همه‌ی سنین مهم هستند و به‌عنوان عوامل محافظ در برابر استرس‌های ناخوشایند هیجانی و مشکلات مربوط به سلامت روان در طول عمر به کار می‌آیند (کانرت، گاتز و هرتزپرانگ مین[2]، ۱۹۹۹).

آلبی (۱۹۸۳) اذعان داشت که یکی از نواقص این مدل همان‌طور که در فرمول وجود دارد، نبود توجه ویژه به بهبود و تغییر در نهادها و دستگاه‌ها به‌منظور پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی است. البته تغییرات فراگیر- مثل قانون‌گذاری برای کاهش آسیب‌پذیری کودکان از طریق رنگ‌های آلوده به سرب، برنامه‌های سلامتی برای کارکنان توسط کارفرمایان و ارائه‌دهندگان بیمه و برنامه‌های مدرسه- محور برای کمک به کودکان در افزایش دوستی و حمایت‌های اجتماعی- در مدل ذکرشده تلویحاً وجود دارد (آلبی و کانتو، ۱۹۹۶).

برای کاهش تبعیض و توانمندسازی افرادی که از توان کمتری برخوردارند، عدالت اجتماعیِ آلبی به‌عنوان دورنمای پیشگیری، از مراقبت‌های بهداشتی و قانون‌گذاری ازدواج در افراد خاص حمایت می‌کند. علاوه بر این، یک جامعه‌ی عدالت محور، حمایت دولت در تأمین بودجه‌ی کافی مدارس و اجتماع و خدمت‌رسانی به سالمندان و افرادی از جامعه را شامل می‌شود که از توان کمتری برخوردارند. موارد ذکرشده فقط جزئی از موضوعاتی است که در حال حاضر در ایالات‌متحده‌ی آمریکا موردبحث قرار می‌گیرند. مباحث عدالت اجتماعی، در بین دیگر مباحث، دارای این قابلیت است که ناراحتی‌های روان‌شناختی را کاهش داده و وضعیت سلامت روان را بهبود بخشد. این موارد، قابلیت ویژه‌ای را برای بهبود زندگی افرادی فراهم می‌کند که تحت تأثیر تبعیض، فقر و درآمد کم، امکانات ناکافی برای رشد داشته و مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند.

---

[1]. Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger

[2]. Konnert, Gatz, Hertzprung Meyen

فلسفه‌ی نوآورانه‌ی دیدگاه‌های آلبی در پیشگیری و عدالت اجتماعی که در زیر خلاصه‌شده، بیش از ۳۰ سال پیش، زمانی چاپ شد که این‌گونه نظرات به‌مراتب کمتر از امروز مطرح بودند.

۱. خدا مرد نیست؛ و هر مذهبی که یک جنسیت را برتر از جنسیت دیگر بداند، یک عامل مخرب روان‌شناختی است که درد و رنج و ناراحتی هیجانی بی‌پایانی را موجب می‌شود.

۲. هر نهاد اقتصادی که از بهره‌کشی کارگرانی سود می‌برد که کمتر مزد دریافت می‌کنند، آنان را در معرض خطر و کوتاه شدن عمر قرار می‌دهد؛ و یا هر کارخانه‌ای که به منطقه‌ای منتقل شود تا با بهره‌کشی از کارگران ارزان‌قیمت منطقه، هیچ ملاحظه‌ای برای آنان قائل نشود- و به‌طور خلاصه، هر موسسه‌ای که فاقد وجدان باشد- به لحاظ روان‌شناختی ویرانگر بوده و باید اصلاح شود.

۳. الگوهای فرهنگیِ شایع که منجر به آسیب‌های جسمانی و روانی در زنان و کودکان می‌شوند، باید به‌عنوان مخرب‌های روان‌شناختی شناسایی شده و اصلاح شوند (آلبی، ۱۹۸۳، ص.۳۸).

آلبی پس از بازنشستگی از دانشگاه در سال ۱۹۹۱، کماکان با نوشتن و به اشتراک گذاشتن اشتیاقش درباره‌ی پیشگیری اولیه، به فعالیت‌های خود ادامه داد. او در سال ۲۰۰۶ و در ۸۴ سالگی درگذشت. مدت کوتاهی بعد از فوت او، در ژورنال پیشگیری اولیه که آلبی در تأسیس آن بسیار نقش داشت، چندین مقاله به تأثیر دوره‌ی او اختصاص داده شد. یکی از مقالات که توسط تریکت[۱] (۲۰۰۷) نوشته شد، نقش آلبی را به شکلی ویژه بررسی کرد و به "توجه مداوم آلبی بر محرومیت از حقوق اجتماعی و فقر به‌عنوان دلایل اصلی بدبختی انسان" پرداخت (ص. ۶۲).

به لحاظ تاریخی، بیش از ۵۰ سال، آلبی رساترین صدا در مطرح کردن عدالت اجتماعی به‌مثابه پیشگیری بوده است؛ البته، دیگران تحت تأثیر کارهای اولیه‌ی او، کار را گسترش دادند (برای مثال، هیگ و کنی، ۲۰۰۹؛ هورن، اورپیناس و ریس، ۲۰۰۹ ب؛ کنی و مدوید، ۲۰۱۳؛ نلسن و پریللتنسکی، ۲۰۰۵؛ پیترس و همکاران، ۲۰۱۳؛ پریللتنسکی، ۲۰۰۱؛ پریللتنسکی و نلسن، ۲۰۱۳؛ ریس ورا، ۲۰۰۷؛ ورا و کنی، ۲۰۱۳؛ ورا و اسپایت، ۲۰۰۳).

ایساک پریللتنسکی: سلامت همگانی[۲]

پریللتنسکی (۲۰۰۱) "عمل ارزش-محور[۳]" را مطرح کرده است (ص.۷۴۷). این مفهوم که ارزش عدالت اجتماعی را تقویت می‌کند، به‌جای ارزش‌هایی که عموماً به فرد یا سلامت فردی نسبت داده می‌شود، در مورد

---

۱. Trickett

۲. Collective Wellness

۳. Value-based praxis

ارزش‌هایی بحث می‌کند که در علم روان‌شناسی و رشد انسان نظیر عدالت اجتماعی، سلامت همگانی را ارتقا می‌بخشد (پریللتنسکی و نلسن، ۲۰۱۳). پریللتنسکی به عمل به‌عنوان تلفیق نظریه و اقدام اشاره کرد و برای ایجاد وحدت در ارزش‌ها، تحقیقات و اقدام‌های اجتماعی، چارچوب آراسته‌ای را بنا کرد. او به‌کرات به این موضوع پرداخت که آن دسته از روان‌شناسانی که در انزوا کار کرده و در مورد ارزش‌های خود، آگاهی نداشته و بر تحقیق متمرکز هستند، همگی برای اقدام‌های اجتماعی و ایجاد عدالت اجتماعی بی‌فایده هستند. بحث شفاف در مورد ارزش‌ها مهم است، چراکه عدالت اجتماعی مستلزم سازگاری با نظم اجتماعی موجود است (چشم‌اندازی که توسط رالز، مطرح شد،۱۹۷۱). براین اساس، تغییر دشوار می‌شود چراکه نیروهای قدرتمندی وجود دارند که از حفظ نظم موجود منتفع می‌شوند. مثال‌های متعدد در تاریخ آمریکا، نظیر قوانین ارتقای برابری نژادی و جنسیتی، قوانین منع مصرف محصولات دخانی در مکان‌های عمومی و قوانین اصلاح مراقبت‌های بهداشتی، نمونه‌هایی است که پیش از این‌که اجرا شوند، چندین سال یا چندین دهه بحث‌برانگیز بودند. متأسفانه در حین مباحث مذکور، به علت تفاوت در ارزش‌هایی که از دیدگاه‌های مختلف حمایت می‌کنند، اغلب بحث‌های آزاد و محترمانه‌ای شکل نمی‌گیرد.

به‌زعم پریللتنسکی (۲۰۰۱) ارزش‌ها باید واجد چهار معیار باشند: (الف) مکانیسم‌ها و فرایندهایی را هدایت کنند که منجر به نتایج مطلوب شود؛ (ب) از جزم‌اندیشی[۱] و نسبی‌گرایی[۲] پرهیز کنند؛ (ج) مکمل یکدیگر باشند و نه مغایر یکدیگر؛ و (د) سلامت فردی، همگانی و ارتباطی را ارتقا دهند. او هفت ارزش را شناسایی کرد که واجد ملاک‌های ارتقای سلامت فردی، همگانی و ارتباطی بودند: (الف) خود–مختاری[۳]، (ب) سلامتی، (ج) رشد شخصی، (د) عدالت اجتماعی، (ه) حمایت از ساختارهای محلی، (و) احترام به تنوع و (ز) همکاری و مشارکت دموکراتیک. پریللتنسکی اذعان کرد که مردم در مورد موضوعات مشخص (برای مثال منع مصرف سیگار در مکان‌های عمومی)، به ارزش‌های مختلفی پایبند هستند. این موضوع، اهمیت خود–مختاری[۴] و نیاز به کارزارهای ارتقای سلامت عمومی را نشان می‌دهد. البته فرض اساسی در سلامت همگانی از *اصل منافع مشترک*[۵] حمایت می‌کند که شبیه به *اصل تفاوت* رالز (۱۹۷۳) است. درنتیجه، در یک محله‌ی سالم، همه سود می‌برند، اگرچه عکس آن نیز صادق است: محیط‌های محله‌ای ناسالم بر همه تأثیر منفی می‌گذارد. پریللتنسکی متوجه شد که اهمیت یک ارزش مشخص یا چندین ارزش در یک محیط مشخص ممکن است با توجه به محله و بافت آن

. dogmatism۱

. relativism۲

. Self-determination۳

. Self-determination۴

. Common Good۵

تغییر کند. درنتیجه، شرکت در گفتگوی معنادار در رابطه با ارزش‌ها اهمیت می‌یابـد بـه‌ویژه هنگامی‌کـه در مـورد مفاهیم عدالت اجتماعی توسط کسانی بحث می‌شود که تحت تأثیر تغییرات ارائه‌شده قرار گرفته‌اند.

مفهوم عمل (به معنی وحدت نظریه و اقدام) برای تکمیل نقـش ارزش‌هـا در چـارچوب پریللتنسـکی (۲۰۰۱) طراحی شد. درنتیجه، پریللتنسکی چهار معیار را برای عمل در نظر گرفت: (الـف) تعـادل بـین واقعیـت فلسـفی و واقعیت موجود، (ب) تعادل بین درک و اقدامات، (ج) تعادل بین فرآیندها و نتایج و (د) تعادل بین صداهای قـوی و ضعیف. بر اساس این معیارها، چارچوب عمل، متشکل از چهار ملاحظه است: ملاحظات فلسفی، زمینه‌ای، نیازها و عمل‌گرایانه. برای کامل شدن چرخه‌ی نظریه تا عمل، فرآیند با تأملات فلسفی در مورد ارزش‌ها شروع می‌شود، با تحقیق در مورد محیط و نیازها ادامه می‌یابد و با ملاحظات عملـی بـرای اقـدام بـه پایـان می‌رسـد. پریللتنسـکی هرکدام از این موارد را همراه با مثال‌ها و جزئیاتی چند توصیف کرد. برای مثـال، تعـادل بـین واقعیـت فلسـفی و واقعیت موجود مستلزم اقداماتی است که منعکس‌کننده‌ی واقعیت‌های یک موقعیت یا افراد درگیر آن است. تعـادل بین درک و اقدامات به این معنی است که اثر اقدامات، چه مثبت و چه منفی تا حد ممکن پیش از اقدام موردتوجه قرار گیرد. توجه به فرآیند و نتایج برای درک اثرِ اقدامات بر افراد درگیر مهم است؛ و همه‌ی صداها، چه قوی، چـه ضعیف، شنیده شده و در مداخلات پیشگیری لحاظ می‌شوند. پریللتنسکی معتقد بود که چارچوب تکمیلی ارزش‌هـا و عمل می‌تواند اقدام اجتماعی و برنامه‌ی پیشگیرانه‌ی عدالت اجتماعی را به جلو ببرد. این چارچوب بـه‌ویژه رشـد سیاست‌های اجتماعی را به دنبال دارد که منافع مشترک را تقویت می‌کند.

چند فرهنگ گرایی[1]، عدالت اجتماعی و پیشگیری

در قرن ۲۱، متفکرین، ادغام پیشگیری و عدالت اجتماعی را با تمرکز بر چند فرهنگـی گرایـی پـیش برده‌انـد (برای مثال، گودمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ ریس و ورا، ۲۰۰۷؛ ورا و اسپایت، ۲۰۰۳). صـاحب‌نظران بـر تبعیض‌هـای بهداشتی و آموزشی در بین فرهنگ اکثریت و اقلیت و اهمیت ارائه‌ی مداخلات پیشگیرانه‌ی کارآمد فرهنگـی بـه محله‌های رنگین‌پوست تأکید کرده‌اند. (شن و کندال، ۲۰۱۳؛ تاکر و همکاران، ۲۰۰۷). ریس و ورا (۲۰۰۷) معتقـد بودند که محققان و کارشناسان پیشگیری (الف) در مورد اجتماعی که در آن کـار می‌کننـد، دارای دانـش هسـتند، درنتیجه می‌توانند ارتباط کاری مثبتی بین اعضای محله به وجود آورند؛ (ب) آن دسته از برنامـه‌های پیشـگیری را طراحی و اجرا می‌کنند که اجتماع برای آن ارزش قائـل اسـت؛ و (ج) اعضـای محلـه را در مراحـل مختلـف یـک مداخله‌ی پیشگیری درگیر می‌کنند: شروع، پایان و پیگیری.

شین و کندال (۲۰۱۳) توصیه کردند که برنامه‌های پیشـگیری از تـرک تحصـیل بـه‌منظور برقـراری عـدالت اجتماعی، ابتدا وارد حوزه‌هایی مثل فقر و بی‌عدالتی اجتماعی شوند چراکه این عوامل، انگیزه دانش‌آموزان برای به

---

[1]. Multiculturalism

اتمام رساندن دوره دبیرستان را کاهش می‌دهند. آنان روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان را ترغیب می‌کنند که با کارکنان مدرسه و اعضای محله‌ای که مداخلات مؤثر پیشگیری از ترک تحصیل در آن انجام می‌شود، ارتباط سازنده‌ای را ایجاد کنند. مداخلات پیشگیری به‌ویژه، در مدارس شهری مهم هستند. با توجه به بحث پیشین پریلتنسکی (۲۰۰۱) در رابطه با ارزش‌ها، زمانی که متخصصان پیشگیری بیرونی‌اند و با محله آشنایی ندارند، درک ارزش‌ها و اهداف، بسیار مهم است. اهمیت این مورد وقتی شدت می‌یابد که گروه قومی اکثریت جمعیت محله با متخصصان پیشگیری فرق داشته باشند . در ادبیات جدید پیشگیری از برنامه‌های پیشگیرانه‌ای نمونه آورده می‌شود که به لحاظ فرهنگی متناسب با گروه هدف هستند. مداخلاتِ تقویتِ اثربخشی فردی و تحصیلی در نوجوانان شهری که از اقوام مختلف تشکیل یافته‌اند (ریورا-ماسکورا، فیلیپس، کاستلینو، مارتنی و دوبران[1]، ۲۰۰۷؛ ورا و همکاران، ۲۰۰۷) و مهارت‌های فرزند پروری در مراقبین آفریقایی- آمریکایی (کوارد، فوی، زیمر والاک، ۲۰۰۷) مواردی ازاین‌گونه برنامه‌های پیشگیری است.

در هزارمین ویژه‌نامه‌ی *ژورنال پیشگیری اولیه*، سه درون‌مایه برجسته شد و طی مقالات ویژه‌نامه، به "چند فرهنگی گرایی " پرداخته شد (مک اینتاش، جیسن، رابینسن و برززینسکی[2]، ۲۰۰۴). این موارد عبارت بودند از (الف) مفهوم‌سازی فرهنگیِ مثبت درباره‌ی پیشگیری؛ (ب) انتخاب متغیرهای مهم و معتبر بوم‌شناختی برای جمعیت هدف؛ و (ج) تأثیرات فردی و زمینه‌ای، شامل تأثیرات فردی و زمینه‌ایِ محقق پیشگیری. مقاله‌های ویژه‌نامه، شامل پیشگیری از اچ.آی.وی در تایلند، ارتقای سلامت در نیوزیلند و پیشگیری در مهاجران ایالات‌متحده‌ی آمریکا بود. لازم به ذکر است که درون‌مایه‌ی مفهوم‌سازی مثبت فرهنگی درباره‌ی پیشگیری در محیط‌های خارج از آمریکا، نظیر جمعیت اقلیت قومی آمریکا در نظر گرفته شد. براین اساس باید گفت که مفهوم پیشگیری و مداخلات به کار گرفته‌شده در فرهنگ‌های مختلف تفاوت دارد، حال چه در ایالات‌متحده‌ی آمریکا باشد یا هر کشور دیگر. مثال‌هایی که اخیراً به شکلی گسترده و هیجان‌انگیز در آمریکا بحث می‌شود عبارت است از مؤثرترین شیوه‌ها برای پیشگیری از خشونت با اسلحه و چگونگی اصلاح سیاست‌های مهاجرپذیری. با توجه به تفاوت در مناطق جغرافیایی، روستایی و شهری ایالات‌متحده و با دقت به ویژگی‌های جمعیت شناختی مختلف در بین مردم، در آمریکا دیدگاه‌های ناهمگونی مطرح است.

مک اینتاش و همکاران (۲۰۰۴) آن دسته از مداخلات پیشگیری را بررسی کردند که به تفاوت‌های فرهنگی پرداخته بود. در این پژوهش، تئوری‌های به‌کاررفته و متغیرهای مداخله که توسط افرادی که مداخله را دریافت کرده بودند، بررسی شد. یکی از راه‌های حصول اطمینان از تناسب فرهنگی مداخله، تشکیل گروهی از ذی‌نفعان اصلی است که نگرش‌های فرهنگی و باورهای جمعیت را بفهمند، به‌ویژه وقتی‌که متصدیان مداخله‌ی پیشگیرانه از خارج از

---

[1]. Rivera-Mosquera, Philips, Castelino, Martin, & Dobran

[2]. Mcintosh, Jason, Robinson, & Brezezinski

محله هستند. علاوه بر این، نیاز است که به‌وسیله‌ی مقیاس‌ها و روش‌شناسی پژوهشی که ازلحاظ فرهنگی متناسب باشند، فرآیندها، نتایج و تأثیر مداخلات پیشگیری به‌اندازه کافی بررسی شوند.

ورا و کنی (۲۰۱۳) چارچوب‌ها و موارد برجسته‌ای از عدالت اجتماعی و تناسب فرهنگی را در پیشگیری مطرح کردند. آنان در کتاب خود، ارتباط بین چشم‌اندازهای عدالت اجتماعی، فرهنگ و پیشگیری را بررسی کردند خصوصاً که تمامی این مفاهیم در حوزه‌ی روان‌شناسی نسبتاً جدید محسوب می‌شوند. بااین‌وجود، به‌کارگیری این مفاهیم، از انسجام لازم برخوردار نبوده است. علاوه بر این، آنان به ناچیز بودن مطالعات تجربی نیز اشاره کردند تا سه چشم‌انداز مذکور را به شکلی کامل ادغام کنند. ورا و کنی به تنش‌ها و چالش‌هایی اشاره نمودند که ممکن است محققان پیشگیری به علت تلاش برای دقت علمی و تناسب فرهنگی، با آنان مواجه شوند. البته آنان بر این موضوع تأکید داشتند که " متناسب بودن به لحاظ فرهنگی و دقیق بودن به لحاظ علمی الزاماً اهداف ناسازگاری نیستند " (ص.۱۶)، به این دلیل محققان پیشگیری و کارشناسان این حوزه باید هم‌زمان به دقت علمی و تناسب فرهنگی توجه کنند. ورا و کنی مدل‌های ارزیابی برنامه‌های پیشگیری را ارائه کردند که کمتر ساختاریافته و بیشتر دربرگیرنده‌ی روش‌های ارزیابی و شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات است. علاوه بر این، آنان بر اهمیت جمع‌آوری اطلاعات از تمامی جناح‌هایی که از مداخله‌ی پیشگیری بهره می‌برند، تأکید داشتند. ازجمله این موارد می‌توان به روش‌های ارزیابیِ مشارکتی اشاره کرده که اطلاعات را از منابع گوناگون دریافت می‌کنند (آپشار و بارتو-کورتز[۱]، ۱۹۹۵). همچنین مهم است که اهداف و مقاصد پژوهشیِ مداخلات پیشگیری با دقت ارزیابی شود و به روش‌شناسی‌های پژوهشی دقت شود که به شکل یکپارچه به مطالعه‌ی عدالت اجتماعی و تناسب فرهنگی در یک مداخله می‌پردازند.

ورا و کنی (۲۰۱۳) دو مطالعه‌ی موردی مدرسه-محور را از تجربیات خود ارائه کردند که نقاط قوت و محدودیت‌های مرتبط با فعالیت‌های پیشگیری را در مدارس داخل شهر نشان می‌داد. در اولین مطالعه، به‌منظور تلاش برای درک دقیق‌تر نرخ ابقای[۲] ناچیز در دانش‌آموزان مکزیکی-آمریکایی که در مقطع دبیرستان تحصیل می‌کردند، از دانش‌آموزان و معلمان اطلاعات جمع‌آوری شد. این پروژه یافته‌های مهمی را آشکار ساخت که مدرسه و محیط اطراف آن را قادر می‌سازد در تقویت برنامه‌های پیشگیری بکار گیرند تا آمار اتمام تحصیل در مدرسه افزایش یابد. علاوه بر این، پروژه، امکاناتی را برای اعضای گروه تحقیق فراهم کرد تا در تلاش برای تأثیرگذاری بر سیاست‌های مدرسه و دولت، با ذینفعان خارج از مدرسه در تماس باشند (برای مثال، قانون توسعه،

---

۱. Upshur & Barreto-Cortez

۲. Retention rate:

(منظور از نرخ ابقا، درصدی از دانش آموزان است که برای سال بعد به تحصیل تمام‌وقت خود در مدرسه ادامه می‌دهند.م)

کاهش مشکلات و آموزش به اتباع اقلیت‌های خارجی[۱] در سال ۲۰۱۱). این موضوع در حمایت از دانش‌آموزان لاتین تبار برای اتمام دبیرستان و ایجاد انگیزه برای تحصیلات دانشگاهی نقش مهمی داشت.

دومین مطالعه‌ی موردیِ گزارش‌شده توسط ورا و کنی (۲۰۱۳) است که به‌عنوان یک برنامه پیشگیری عمومی و مدرسه–محور برای افزایش آگاهی از ارتباط بین موفقیت تحصیلی و آرزوهای شغلی انجام شد. مطالعه‌ی مداخله‌ای مذکور، یک برنامه‌ی آموزش روانی[۲] برای تمام دانش‌آموزان کلاس نهم ارائه کرد. این برنامه برای پیشگیری از ترک تحصیل و افزایش مشارکت دانش‌آموزان در مدرسه طراحی شد (کنی، اسپارک و جکسن، ۲۰۰۷). برنامه از طریق همکاری قوی بین اعضا هیئت‌علمی دانشگاه و دانشجویان تحصیلات تکمیلی، کارکنان مدرسه و دانش‌آموزانی اجرا شد که به‌تازگی دبیرستان را به اتمام رسانده بودند. علاوه بر این، تلاش‌هایی صورت گرفت تا والدینِ دانش‌آموزان نیز مشارکت کنند، ولی این تلاش‌ها موفقیت اندکی به دنبال داشت. با استفاده از شرکت‌کنندگان و ذی‌نفعان، راهبردهای ارزیابی متفاوت و روش‌های کمی و کیفی به کار گرفته شد تا فرایندها، نتایج و تأثیرات برنامه ارزیابی شود. ارزیابی پروژه، واقعیات و چالش‌های جمع‌آوری اطلاعات از یک برنامه‌ی مدرسه–محور و محله‌ای را آشکار کرد. بااین‌وجود، ارزیابی پروژه، اطلاعات فرایندی را جمع‌آوری کرد که در تعدیل برنامه و نیز ارزیابی آگاهی و نگرش‌های شرکت‌کنندگان مفید بود. تعجب‌آور است که دستیابی به اطلاعات حاصل‌شده برای ارزیابی ترک تحصیل از مدرسه دشوار بود، به این معنی که روشن نبود دانش‌آموزان به شکلی کامل مدرسه را ترک کرده‌اند یا به مدرسه‌ی دیگری منتقل‌شده‌اند. علاوه بر این، پروژه اثرات محدودی بر مشارکت ذی‌نفعان در تقویت تغییرات فراگیر داشت که بتواند بر فرآیند آموزش تأثیر بگذارد. ورا و کنی به سختی‌های ایجاد تغییرات باثبات و معنادار از طریق سطوح زمینه‌ای (نظیر فرد، مدرسه، محله) اشاره کردند.

در سالیان اخیر، توجه به تلفیق پیشگیری، تناسب فرهنگی و عدالت اجتماعی، افزایش یافته است. بااین‌وجود، ارتباط بین این‌گونه مفاهیم و چارچوب‌ها پیچیده است و به‌راحتی قابل‌تشخیص نیست. حتی در کشورهایی که به لحاظ مذهبی و قومی نسبتاً یکدست هستند (مثل تایلند) ممکن است در مناطق جغرافیایی، تفاوت‌های اجتماعی–اقتصادی و فرهنگی وجود داشته باشد. این‌گونه تفاوت‌ها در کشوری به بزرگی و تنوع ایالات‌متحده‌ی آمریکا قویاً شدت می‌یابد. البته باوجود این‌گونه چالش‌ها، توسعه‌ی مداخلات پیشگیریِ معنادار و دارای محتوای علمی در جمعیت‌های متنوع، هدف اساسی پژوهش‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه است.

---

۱. Development, Relief, and Education for Alien minors

پیشگیری و حمایت از سیاست‌های عمومی

پیشگیری و حمایت از سیاست‌های عمومی که سلامت و آسایش شهروندان را افزایش می‌دهد آشکارا با یکدیگر پیوند دارند (کوایتیس و زکرس[1]، ۲۰۰۴؛ جیسن، ۲۰۱۲؛ کیسلیکا[2]، ۲۰۰۴؛ لوانت، تولان و دادگن، ۲۰۰۲). سیاست‌های عمومی که برای سلامت و آسایش طراحی‌شده‌اند، ماهیتاً پیشگیرانه هستند و محله‌ها، ایالات و ملت‌ها را تقویت می‌کنند. البته بحث مربوط به سیاست‌های عمومی بدون مناقشه نیست، کما این‌که در مباحث مربوط به منع مصرف سیگار، قانون‌گذاری کنترل سلاح، اصلاحات قوانین مهاجرت و راهبردهای ملیِ مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان مواردی از سیاست‌های عمومی رایج در ایالات‌متحده‌ی آمریکا و دیگر کشورها نمونه‌هایی وجود دارد. این‌گونه مباحث معمولاً پر جدل هستند و اغلب بر موارد مربوط به مسئولیت‌پذیری فردی یا کنترل ایالتی در مقابل قوانین دولت مرکزی متمرکز می‌شوند. علاوه بر مباحث ذکرشده، موارد مربوط به چشم‌اندازهای منافع مشترک در یک اجتماع یا دیگر موقعیت‌ها و مباحث مالی اجرای یک سیاست عمومی موردتوجه قرار می‌گیرد.

آنچه ریشه در مباحث اقتصادی دارد این است که گستره‌ی سیاست پیشگیری در درازمدت، در مقایسه با هزینه‌های اولیه، پول را ذخیره می‌کند. این موضوع خصوصاً در مورد گسترش و تأمین اعتبار برنامه‌های آموزشیِ ویژه کودکان نمود پیدا می‌کند (ای. جی. رینولدز، رالنیک، اینگلاند و تمپل، ۲۰۱۰). علاوه بر این، این‌گونه مباحث با ارزش‌ها و باورهای کسانی درهم‌تنیده می‌شود که ممکن است مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر تصمیم‌های اجرایی قرار بگیرند. اغلب چندین سال طول می‌کشد تا برای وضع یک قانون، رد آن، یا روش اجرا، قدرت کافی در یکی از طرفین ایجاد شود تا مناقشات حل‌وفصل گردند. تصمیم نهایی برای پذیرفتن یک پیشنهاد معمولاً بعد از اصلاح و توافق بر روی آن انجام می‌شود.

یک مثال روشن در مورد سیاست عمومی در ایالات‌متحده‌ی آمریکا که در مقیاس‌های کوچک و بزرگ، ده‌ها سال گفتمان سیاسی را تحت تأثیر قرار داده است، مصرف دخانیات در ساختمان‌ها و مکان‌های عمومی است. باوجود بیش از نیم‌قرن پژوهش که نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین مصرف سیگار، تماس با دود غیرمستقیم و شروع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سلامت است، مناقشات در مورد مصرف سیگار در اماکن عمومی ادامه دارد (وزارت سلامت و خدمات انسانی، ۲۰۱۴). باوجودی که منع مصرف سیگار در فضاهای سربسته در ایالات‌متحده‌ی آمریکا به امری عادی بدل شده است، برخی از تشکل‌ها، محیط‌های کاری و مؤسسات آموزشی، حامی منع مصرف سیگار در فضاهای سرباز نیز هستند تا تماس با دود سیگار و آلاینده‌های محیطی بیش‌ازپیش

---

1. Coates & Szekeres
2. Kiselica

کاهش یابد. برخی از موارد منع مصرف سیگار در فضای باز موفقیت‌آمیز بوده است و برخی دیگر با شکست مواجه شده‌اند، ولی کماکان بحث‌وجدل ادامه دارد.

تحقیقات نشان می‌دهد که در کشورِ بدون دود سیگار، سلامتی مردم بـه‌مراتب بیشـتر می‌شـود و درمجمـوع، سلامتی جامعه ارتقا یابد. باوجود این‌گونه یافته‌ها، مناقشات حول مصرف دخانیات ادامه دارد. برای دهه‌هاست کـه متخصصان، مصرف مواد دخانی را به‌عنوان دلیل اصلی و قابل‌پیشگیریِ ابتلا به مرگ زودرس در آمریکا شناسایی کرده‌اند. به‌زعم آنان، مصرف سیگار به میزان قابل‌توجهی در بار اقتصادی و اجتمـاعی بیماری‌هـا و مـرگ زودرس نقش دارد (وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا، ۲۰۱۰ ج، ۲۰۱۲). برخی از ایالات سعی کرده‌انـد که مصرف محصولات دخانی را به‌واسطه اجرای محدودیت سنی در خرید سـیگار، مکـان تبلیـغ و شـیوه‌ی آن، و افزایش مالیات بر محصولات دخانی مدیریت کرده و کاهش دهند. دولت ایالات‌متحـده‌ی آمریکـا بـه‌منظور تـأثیر بیشترِ برچسب‌های هشداردهنده بر روی محصولات دخانی اقداماتی انجام داد، ولی در مقایسه با کشورهای دیگـر (نظیر کانادا) موفقیت اندکی حاصـل شـد. برخـی از تشـکل‌ها، مصـرف سـیگار در سـاختمان‌های عمـومی، مثـل استادیوم‌های ورزشی و همین‌طور پارک‌های سرباز و مکان‌های تفریحی را محدود کردند. برخی از آموزشکده‌ها و دانشگاه‌ها مصرف سیگار را در هر مکانی از دانشگاه، اعـم از درون و بیـرون سـاختمان‌ها منـع کردنـد. بـه‌تازگی، سیگارهای الکترونیک به‌عنوان جایگزینی برای سیگارهای شناخته‌شده ظاهرشده‌اند. سیگارهای الکترونیکی بـرای شبیه‌سازی سیگارهای مرسوم با خطرات سلامتی کمتر و برای کمک به ترک سیگار طراحی‌شده‌اند. البته، بنا بـه گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۳) خطرات سلامتی این‌گونه سیگارها شناخته‌شـده نیسـت و ارزش آنـان در ترک سیگار معلوم نشده است. سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که از سیگارهای الکترونیک استفاده نشود.

منازعات مصرف دخانیات فقط یک نمونه از موارد اساسی سلامتی عمومی است کـه بحـث شـده اسـت و بـر سلامت و آسایش ملت تأثیر گذاشته است. از گزارش جراحان ارشد در سال ۱۹۶۴ که ارتباط بین سیگار و سلامتی را مستند کردند، پیشرفت‌های زیادی عاید شده است (خدمات سلامت عمومی آمریکا، ۱۹۶۴)، امـا حتمـاً می‌تـوان نتایج بیشتری در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به‌واسطه عدم مصرف سیگار و تمـاس بـا آن بـه دست آورد. روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت در این‌گونه مباحث، بیشتر مشارکت داشته‌اند که شامل آگاه کردن سیاست‌گذاران از تحقیق در مورد ماهیت اعتیادی دخانیـات، ارزیابی‌هـای مـداخلات تـرک سـیگار و تـأثیر راهبردهای بازاریابی[1] سیگار در نوجوانان است که آنان را هدف قرار می‌دهند.

طی ۵۰ سال گذشته، قانون‌گذاری و تنظیم سیاست‌ها، به‌علاوه‌ی مواردی که به دخانیات می‌پردازد، بـا شـدت بیشتری در هم‌اندیشی‌های عمومی بحث شده است؛ برخی از آنان با موفقیت‌های قانون‌گذاری همراه بوده است و

---

۱. marketing

برخی دیگر دستاوردی نداشته‌اند. در میان موفقیت‌ها می‌توان قانون‌گذاری حقوق مدنی در سال ۱۹۶۴ و برنامه‌های ملی مطرح‌شده را برشمرد که به‌عنوان بخشی از مقابله با فقر توسط جانسن در دهه‌ی ۱۹۶۰ ارائه شد. یک نمونه، برنامه هد استارت است که منابع مالی آن توسط دولت تأمین می‌شود تا با تأمین بودجه در آموزش پیش‌دبستانی، آمادگی کودکان مناطق اجتماعی اقتصادی فرودست در دبستان بهبود یابد (ریپل و زیگلر[۱]، ۲۰۰۳؛ استیفکو[۲] و زیگلر، ۲۰۰۳). به‌عنوان نمونه‌ای از بحث‌های جدی درباره‌ی این‌گونه برنامه‌ها که به شکل ملی تأمین اعتبار می‌شوند، هد استارت بعد از نزدیک به ۵۰ سال از شروع آن هنوز ارزیابی می‌شود. مناقشه‌ی هد استارت معطوف به اثربخشی آن در آماده نمودن کودکان برای موفقیت درازمدت در مدرسه است. برای مثال یک ارزیابی جدید که موردحمایت مالی دولت بود، دریافت که هد استارت تأثیر مثبتی بر رشد شناختی کودکان در پیش‌دبستان و مهدکودک داشت، ولی این فواید کسب‌شده، به میزان قابل‌توجهی در پایان کلاس اول کاهش یافت (وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا، ۲۰۱۰ الف). ازآنجاکه جدل درباره هزینه–اثربخشی هد استارت ادامه دارد، کارشناسان سلامت همگانی، حذف آن را درخواست کرده‌اند (کلاین، ۲۰۱۱).

بحث در مورد برنامه هد استارت شبیه به بحث در مورد تمامی برنامه‌های پیشگیری است که برای تغییر رفتار و بهبود نتایج تلاش می‌کنند. در رابطه با اثربخش بودن یک برنامه، لازم است پژوهش‌ها و بحث‌های دقیق و موجزی انجام شود. برای مثال، در آن دسته از کودکانی که برنامه‌های هد استارت را در پیش‌دبستان به پایان رسانده اند، دشوار است که فواید کسب‌شده حفظ شود، بدون آنکه غنی‌سازی و حمایت‌های آموزشی مداوم و تأثیر شرایط محیطی حاکم بر آموزش در نظر گرفته نشود (وی. ای. لی و لُب[۳]، ۱۹۹۵). شبیه به دیگر اقدامات پیشگیری در مدارس (نظیر برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد)، مداخلات پیشگیریِ مدرسه–محور وقتی به بهترین شکل اجرا می‌شوند که هر چه زودتر، صحیح و ساختارمند در مدارس اجرا شوند. اثر مداخله‌ی پیشگیرانه‌ای که فقط یک‌بار انجام شود، در طول زمان از بین خواهد رفت. آموزش مدرسه–محور و محبوب پیشگیری از مصرف الکل و مواد تحت عنوان مقاومت در برابر مصرف مواد[۴] (D.A.R.E.) یکی از این نمونه‌ها است (وینکاس، رینگوالت، هریس و شامبلن[۵]، ۲۰۱۰).

---

۱. Ripple & Zigler

۲. Styfco

۳. V.E.Lee & Loeb

۴. Drug Abuse Resistance Education

۵. Vincus, Ringwalt, Haris, & Shamblen

ریپل و زیگلر (۲۰۰۳) علاوه بر مرور هد استارت، چهار برنامه ملی پیشرو و مهم در افـزایش سـلامتی و آسـایش کودکان و خانواده‌ها را بررسی کردنـد: بیمـه‌ی پزشـکی سـالمندان[۱] و بیمـه‌ی پزشـکی مسـتمندان[۲] در سـال ۱۹۶۵ (کتابخانه‌ی ریاست جمهوری جانسن، ۲۰۱۲)، قانون ۱۹۸۸ کنترل آلودگی سرب و اعتبار مالیات بر درآمد کسب‌شـده[۳] (اولین بار در سال ۱۹۷۵ وضع شد و در سال‌های بعد به‌عنوان شاخص ضد فقر گسترش یافت؛ هاتز و شولز[۴]، ۲۰۰۱). به‌زعم ریپل و زیگلر، برنامه‌های بررسی‌شده، در ارتقای سلامت و پیشگیری موفق بوده‌اند، ولی محدودیت‌هایی را نیز نشان می‌دهند، چراکه ایـن برنامـه‌ها اغلـب در بخش‌هـایی منفـک از هـم و در قسـمت‌های محـدودی از جمعیـت اجراشده‌اند. ضمن این‌که برای آن‌ها ارزیابی‌های جامعی نیز صورت نگرفته است. ریپـل و زیگلـر بـه سیاسـت‌گذاران پیشنهاد دادند که در ارزیابی‌ها و تحقیقات مرتبط با برنامه‌ها تلاش بیشتری صورت گیرد. البته روان‌شناسـی و دیگـر حوزه‌های مرتبط در طراحی و ارائه‌ی روش‌های ارزیـابی برنامـه‌ها و نتـایج مربـوط، مـوارد بسـیاری بـرای ارائـه بـه سیاست‌گذاران دارند، اما مهم این است این مطالب به زبان ساده و غیر فنی برای استفاده‌ی تصـمیم‌گیرندگان مطـرح شوند (کوتز و زکرس[۵]، ۲۰۰۴).

سیاست‌های مصوب پیشگیری در ایالات‌متحده‌ی آمریکا شامل این موارد است: قانون تساوی سلامت روان و یکسان نگری اعتیاد[۶] در سال ۲۰۰۸، قانون افراد دارای معلولیت (۲۰۰۴)، قانون مراقبـت از بیمـار و مراقبت‌هـای بهداشتی در دسترس در ایالات‌متحده[۷] (۲۰۱۰) و قانون یـادبود گـرت لـی اسـمیث[۸] (۲۰۰۴) بـرای پیشـگیری از خودکشی و ارتقای سلامت روان. کنترل اسلحه یکی دیگـر از موضـوعات اسـت کـه در ایالات‌متحـده‌ی آمریکـا به‌شدت موردبحث است و به‌منظور پیشگیری از خشونت با اسـلحه، چنـدین قـانون در کنگـره‌ی ایالات‌متحـده‌ی آمریکا و در مجالس ایالتی[۹] ارائه و یا تصویب‌شده است. در بین موارد بحث شده در بدنه‌ی قانون‌گـذاری، قـوانینی است که مطرح می‌کنند دستیابی و دسترسی به اسلحه تغییر کند به این شکل کـه ارزیـابیِ پیشـینه‌ی خریـداران سلاح دقیق‌تر شده و فروش اسلحه و مهمات بسیار قوی، ممنـوع شـود. عـلاوه بـر ایـن، دسترسـی بـه خـدمات روان‌شناختی برای آن دسته از کسانی که مستعد اقدام به رفتارهای خشونت‌آمیز تشخیص داده می‌شوند، تسـهیل

. medicare۱

. Medicaid۲

. Earned Income tax credit۳

. Hotz & Scholz۴

. Coates & Szekeres۵

. Mental Health Parity and Addiction Equity۶

. The U.S. Patient Protection and Affordable Health Care Act۷

. The Garrett Lee Smith Memorial Act۸

. legislature۹

گردد. درنتیجه، این‌گونه مباحثِ مربوط به اقـدامات و سیاسـت‌های عمـومی، بـه‌عنوان مقیاس‌هـای پیشـگیری از کاهش خشونت با اسلحه طراحی می‌شوند.

قانون مراقبت از بیمار و مراقبت‌های بهداشتی در دسترس، در ایالات‌متحده‌ی آمریکا (۲۰۱۰) بر فواید بسیاری از خدمات پیشگیرانه در حوزه‌های سلامت جسمانی و روانی صحه می‌گذارد که شامل حوزه‌هایی نظیر غربالگری افسردگی، غربالگری و مداخلات ترک سیگار، غربالگری و مشاوره‌ی خشونت خانگی و بین فردی و خدمات ویژه زنان[۱] است (نگاه کنید به http://www.HealthCare.gov/prevention). درمجموع، این قانون برای بزرگ‌سالان، زنان، کودکان و نوجوانان به ترتیب ۱۶،۲۲ و ۲۷ بهره‌مندی از خدمت پیشگیرانه ارائه می‌کند. در بین بهره‌مندی‌های کودکان و نوجوانان، ارزیابی مصرف مواد مخدر و افسردگی، مشاوره‌ی چاقی و غربالگری و مشاوره‌ی بیماری‌های آمیزشی وجود دارد. علاوه بر این، بهره‌مندی‌های پیشگیرانه بزرگ‌سالان، تحت پوشش بیمه‌ی پزشکی است که شامل غربالگری افسردگی و خدمات سلامت روان است. طیف بهره‌مندی‌هایی که در این قانون مشخص‌شده است، دال بر اهمیت پیشگیری در ارتقای سلامت و کاهش بیماری‌ها و ناتوانی‌ها در ایالات‌متحده‌ی آمریکا است. این قانون از چارچوب راهبرد ملی پیشگیری حمایت می‌کند (شورای ملی پیشگیری، ۲۰۱۱).

همان‌طوری که موارد فوق نشان می‌دهند، ضروری است یک چارچوب جامع پیشگیری ، سیاست‌های عمومی را در برگیرد تا از بهره‌مندی از خدمات پیشگیری و رفتارهایی حمایت شود که از منافع مشترک پشتیبانی می‌کنند. روان شناسان و دیگر متخصصان حوزه‌ی سلامت می‌توانند در حمایت ازاین‌گونه سیاست‌ها، نقش اصلی را ایفا کنند. هیئت‌مدیره‌ی بخش منافع ملی در انجمن روان‌شناسی آمریکا، از روان‌شناسی به‌عنوان علمی برای رفع مشکلات ریشه‌ای رفاه انسان و عدالت اجتماعی یاد می‌کند و از روش‌های منصفانه و بدون تبعیض حمایت می‌کند که از طریق آموزش، تعلیم و سیاست‌های عمومی برای همه‌ی مردم قابل‌ارائه هستند(نگاه کنید به http://www.apa.org/pi). هیئت‌مدیره در حمایت از تصویب سیاست‌های عمومی که منافع مشترک را مدنظر قرار دهد، صدای رسایی بوده است که می‌توان به مواردی نظیر قانون حمایت از بیمار و مراقبت در دسترس (۲۰۱۰)، تنفیذ قانون خشونت علیه زنان (۲۰۱۳) و وضع قانون برای ارتقای خدمات سلامت روان در مدارس اشاره کرد. دیگر سازمان‌های سلامت روان، نظیر انجمن مشاوره، انجمن ملی مددکاران اجتماعی و انجمن روان‌پزشکان آمریکا، در ساختارهای سازمانی خود دارای بخش‌هایی هستند که با حمایت از سیاست‌های عمومی و قانون‌گذاری‌ها، ارتقاء سلامت، آسایش و پیشگیری از مشکلات را مدنظر قرار می‌دهند.

---

۱. Well-woman

همان‌طور که اشاره شد، موارد متعددی از سیاست‌های عمومی باارزش وجود دارند که می‌توان از آن‌ها در ارتقای سلامت و زندگی مردم و نهادهای اجتماعی حمایت کرد. البته ممکن است فردی معتقد باشد مواردی نظیر آنچه مطرح شد، بحث‌های بیشتری را به دنبال می‌آورند و برخی مواقع در بین جمعیت عمومی، روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان اختلاف‌نظر شدت می‌یابد. اغلب به علت ارزش‌های متفاوت در چگونگی پیشگیری از یک آسیب، اختلاف‌نظرها اوج می‌گیرد. آموزش تربیت جنسی[۱] در مدارس موردی است که بر دو جنبه‌ی پیشگیری از حاملگی در دوران نوجوانی و پیشگیری از بیماری‌های قابل‌انتقال آمیزشی تکیه دارد. برخی از روش‌ها رویکردِ صرفِ پرهیز[۲] را مطرح می‌کنند، حال‌آنکه ممکن است برخی از روش‌های دیگر، پرهیز را غیرواقعی دانسته و رویکرد جامعی را پیشنهاد کنند که شامل ارائه‌ی اطلاعات در مورد شیوه‌های جلوگیری از حاملگی در نوجوانان است. در این مثال، همه‌ی گروه‌ها تمایل به پیشگیری از حاملگی دوران نوجوانی و بیماری‌های قابل‌انتقال آمیزشی دارند، ولی در رابطه با بهترین شیوه‌های پیشگیری از رفتارهای جنسی زودهنگام[۳]، مباحث در چارچوب‌های ارزشی و اعتقادی قرار می‌گیرد. علاوه بر این، ممکن است برخی معتقد باشند آموزش جنسی، ربطی به برنامه‌های آموزشی مدارس ندارد و بهترین مکان برای آموزش پیشگیری از رفتارهای جنسی زودهنگام، خانه است.

ضمن اینکه ممکن است در رابطه با مواردی که کمتر هیجانی هستند نیز بحث‌های تندوتیزی رخ دهد، مثل انتخاب غذا در غذاخوری‌های مدارس و دستگاه‌های فروش اغذیه در مدارس. در این مورد برخی از کارشناسان، گزینه‌های غذایی سالم‌تری را پیشنهاد می‌کنند. ممکن است در رابطه با غذاخوری‌های محل کار نیز بحث‌های مشابهی مطرح شود. بحث در رابطه با این‌گونه موارد اغلب بر آزادی فردی، مسئولیت‌پذیری و انتخاب، در مقابل تصمیم‌های مبتنی بر جهت‌گیری‌های اشتراکی[۴] در منافع مشترک متمرکز می‌شوند. پیامدهای مالی تغییر در یک سیاست نیز بسیاری از مواقع وارد این‌گونه مباحث می‌شود.

واضح است که تمامی متصدیان خدمات سلامت روان در رابطه با اثرات تصمیم‌های سیاست‌های عمومی در ارتقا و پیشگیری، ارزش‌ها و عقاید مشابهی ندارند. البته ضروری است متخصصان پیشگیری تا حد امکان در رابطه با موارد مطرح‌شده، آگاهی یافته و تخصص خود را در کمک به مباحث سیاست‌های عمومی به‌کارگیرند. در زمان بحث در مورد برنامه‌ها، ممکن است این‌گونه مشارکت‌ها در سطوح محلی قرار گیرند و از طریق حمایت از لوایح و گفتگو با برنامه ریزان و تصمیم‌گیرندگان در سطوح بالاتر محله‌ای و ملی جای گیرند.

---

۱. Sex Education

۲. Abstinence- only

۳. precocious

۴. Collectivist orientation

خلاصه

عدالت اجتماعی و حمایت از سیاست‌های عمومیِ پیشگیرانه، به‌مثابه رویکردهای فلسفی و عمل–محور در پیشگیری طرح شده‌اند. در سطح اولیه، چارچوب عدالت اجتماعی در حمایت از پیشگیری، مستلزم تغییرات مربوط به جامعه است تا توزیع متوازن‌تر قدرت و منابع در جامعه درک شود و به کاهش نابرابری‌های اقتصادی، آموزشی و حوزه‌ی سلامت منجر شود. علاوه بر این، سیاست‌های عمومی که عوامل خطر را در جامعه کاهش داده و آسایش را افزایش می‌دهند، به‌گونه‌ای پیچیده[1] توأمان به عدالت اجتماعی و پیشگیری مرتبط می‌شوند. این‌گونه برنامه‌ها متعهد می‌شوند که قوی‌ترین مداخلات، پیشگیرانه باشند چراکه با توجه به مناطق جغرافیایی، ویژگی‌های جمعیت شناختی و نهادها، بر تعداد زیادی از افراد تأثیر می‌گذارند. سه مورد فعلی از بین موارد متعددی است که در رابطه با سیاست‌های عمومی، مورد بحث‌های شدیدی قرار گرفته‌اند: (الف) چگونگی کاهش خشونت با اسلحه در ایالات‌متحده، (ب) چگونگی پیشگیری از رفتارهای قلدرانه در مدارس و (ج) چگونگی کاهش فقر و حمایت از آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه. هدف نهایی این‌گونه مباحث، جامعه‌ای است که درنتیجه‌ی کاهش عوامل خطر و ارتقای سلامتی، اعضای آن از افزایش سلامت جسمانی و روانی لذت ببرند.

در رابطه با شیوه‌های مطلوب در دستیابی به این‌گونه اهداف نهایی، نظرات متفاوتی وجود دارد. تفاوت‌ها اغلب ریشه در ارزش‌های قوی و اعتقادات مذهبی دارد و به‌راحتی قابل‌تغییر نیستند. علاوه بر این، ممکن است اطلاعات ارزیابی‌شده‌ی پژوهشی، متناقض بوده و متقاعدکننده نباشند. روان شناسان و دیگر متخصصان حوزه‌ی سلامت روان می‌توانند در موقعیت‌های شغلی و فعالیت‌های حرفه‌ای خود، عدالت اجتماعی و حمایت عمومی را به شکلی متمرکزتر دنبال کنند. به‌علاوه آنان می‌توانند فعالانه‌تر در بحث‌های مربوط به پیشنهادهای مطرح در حوزه‌ی قانون‌گذاری و دیگر گروهای سیاست‌گذاری مشارکت کنند. متخصصان پیشگیری که به چشم‌اندازهای عدالت اجتماعی و حمایت از سیاست‌های عمومی علاقه‌مند هستند، در سطوح ریز و کلان جامعه و نهادها فعالیت می‌کنند تا زندگی افراد و جوامع را بهبود بخشند.

---

1. intricately

فصل ۶

کاربرد پیشگیری در فضاهای آموزشی

کاربرد پیشگیری در فضاهای آموزشی از تاریخچه‌ای طولانی برخوردار است. در این فصل، به‌اختصار این تاریخچه و تمرکز بر مداخلات پیشگیری جدید و نمونه، در موقعیت‌های آموزشی از پیش از مهدکودک تا پیش‌دانشگاهی (پیش از مهدکودک تا ۱۶ سالگی) مرور می‌شود. اکثر مداخلات انتخاب‌شده دارای چارچوبی نظری بوده و مبتنی بر شواهد هستند. در این فصل هر یک از مداخلات پیشگیری بر اساس این موارد ارزیابی می‌شوند: (الف) گروه هدف و تعیین موضوعات پیشگیری و ارتقای سلامت، (ب) اهداف و مقاصد مداخله، (ج) مفاهیم یا چارچوب نظری برای پشتیبانی از مداخله، (د) جزییات در مورد اجزای مداخله، (ذ) ارزیابی و اطلاعات حاصل از نتایج و (ه) ضمایم جدیدتر در طراحی مداخله به‌منظور انجام صحیح‌تر آن.

پیشگیری در دوره‌ی پیش از مهدکودک تا دبیرستان: تاریخچه‌ی مختصر

فضاهای آموزشی مکان‌های مناسبی برای اجرا و گسترش مداخلات پیشگیرانه محسوب می‌شوند. به لحاظ تاریخی، مداخلات پیشگیری بر برخی از شدیدترین و پیچیده‌ترین رفتارهای مسئله‌زایی متمرکز بوده است که بر نوجوانان تأثیر سوء می‌گذاشته اند. مصرف مواد، الکل و سیگار، فعالیت‌های زودهنگام جنسی، قلدری در مدرسه و عملکرد ضعیف تحصیلی از جمله‌ی این موارد است (نیشن[1] و همکاران، ۲۰۰۳). در میان دیگر برنامه‌های پیشگیری مدرسه–محور، مواردی وجود دارد که بر ارتقای رفتارهای رشدی مثبت در دوره‌ی نوجوانی و فضای مثبت مدرسه متمرکز هستند (باسورث، ارپیناس و هاین[2]، ۲۰۰۹؛ اسپلاج و پاتیت[3]، ۲۰۱۲).

دورلاک (۱۹۹۵) بر رشد نتایج پژوهش‌های چاپ‌شده در مورد فعالیت‌های پیشگیرانه‌ی مدرسه–محور تأکید کرد. بین سال‌های ۱۹۶۰ تا اواسط دهه‌ی ۱۹۹۰ پژوهش‌های مذکور افزایش قابل‌توجهی را نشان می‌دهد.

. nation۱

. Bosworth, Orpinas, & Hein۲

. Espelage & Poteat۳

باوجودی که این رشد قابل‌توجه بود، دورلاک به این نکته نیز توجه کرد که مدارس، برنامه‌های پیشگیرانه‌ی آموزشی را برای مدت‌زمان طولانی‌تری ارائه کرده‌اند. در ضمن داده‌های دورلاک، تعداد قابل‌توجهی از برنامه‌های پیشگیرانه را که مورد ارزیابی قرار نگرفته و یا چاپ‌نشده بودند شامل نمی‌شد. درکل، فعالیت‌های پیشگیرانه مدت‌ها در مدارس وجود داشتند ولی به شکل فعلی اجرا نمی‌شدند. برای مثال، بیکر و شا[1] (۱۹۸۷) از اوایل دهه‌ی ۱۹۴۰ اثر برنامه‌های پیشگیرانه را در مدارس دنبال کردند و در دهه‌های بعد، پیشگیریِ مدرسه–محور را به‌ویژه با کارهای ماشر و اسپرینتال[2] (۱۹۷۰) بررسی کردند که بر رشد تحصیلی در تقویت رشد دانش‌آموزان متمرکز بودند.

دورلاک و ولز (۱۹۹۷) در تحلیل عاملی خود در رابطه با برنامه‌های پیشگیری اولیه در کودکان و نوجوانان مطرح کردند که گزارش‌های متعددی از فعالیت‌ها و مطالعات پیشگیری در ژورنال‌های مشاوره در مدارس دیده می‌شود. این موضوع تعجب‌برانگیز نیست، چراکه انجمن مشاوره‌ی مدارس آمریکا مشاوران را ترغیب کرده است تا در فعالیت‌های پیشگیری مشارکت کنند و مدل ملی برنامه‌های مشاوره‌ای این انجمن توصیه می‌کند که خدمات پیشگیرانه و رشدی جز اساسی خدمات مشاوره‌ای در مدارس شود (انجمن مشاوره‌ی مدارس آمریکا، ۲۰۰۳؛ دهیر[3]، ۲۰۰۸). به همین ترتیب، روان شناسان مدرسه بیش‌ازپیش بر پیشگیری به‌عنوان نقطه‌ی تمرکز فعالیت‌هایشان در مدارس تأکید می‌ورزند (شریدان و دامواتو، ۲۰۰۴).

گرچه برنامه‌ها و فعالیت‌های پیشگیریِ مدرسه–محور سال‌هاست که ارائه می‌شود، ولی بسیاری از آنان بدون چارچوب‌های نظری قوی بوده و با ارزیابی‌های ناچیز و اجزای منفک، اجرا شده و گسترش یافته‌اند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۳). تقویت برنامه‌های مدرسه–محور برای پیشگیری از الکل و مواد مخدر شامل برنامه‌های اولیه‌ای بود که بر روش‌های ایجاد هراس[4] تأکید داشتند اما به دنبال آن برنامه‌هایی وارد میدان شدند که به بهبودی[5] افراد اهمیت می‌دادند. برنامه‌های جدیدتر که همسال–محور[6] بودند اغلب توسط افراد بزرگ‌تر و دانش‌آموزان هم سن و دوره‌دیده اجرا می‌شد. ازآنجاکه بسیاری از برنامه‌های پیشگیری در مدارس فاقد چارچوب نظری بوده و یکپارچه نبوده و با ارزیابی‌های ناچیزی همراه بودند، دشوار است بتوان نتایج و اثرات آنان را ارزیابی کرد. به لحاظ تاریخی، برنامه‌های پیشگیری چندین سال بر یک آسیب مشخص متمرکز بوده و در ادامه، به علت یک بحران ملی، معمولاً پیشگیری از یک آسیب دیگر مدنظر قرار می‌گیرد. به علت کمک‌های مالی ایالتی و ملی در حمایت از

---

1. Baker & Shaw
2. Masher & Sprinthal
3. Dahir
4. Scare tactics
5. Recovery
6. Peer-oriented

پیشگیری از یک رفتار آسیب‌زا، نظیر برنامه‌های زودهنگام پیشگیری از الکل و مواد مخدر و اقدامات پیشگامانه و جدیدتر پیشگیری از قلدری در مدرسه، بحث پیشگیری قوت گرفت.

به‌تدریج که دانش‌آموزان، دوران کودکی و نوجوانی را طی می‌کنند، در معرض آسیب‌های متعددی قرار می‌گیرند. این آسیب‌ها اغلب با یکدیگر در ارتباط هستند. درنتیجه، در مدرسه، اجرای برنامه‌های جامع پیشگیری ضرورت می‌یابد. هرچند، ارزیابی جامعِ همه‌ی موضوعاتی که در برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت در مدارس موردتوجه قرارگرفته‌اند ورای هدف این فصل است، ولی آن دسته از برنامه‌های شاخص پیشگیری و ارتقای سلامت موردتوجه قرار می‌گیرند که به آسیب‌های عمده کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند.

به‌منظور پرداختن به طیفی از آسیب‌های دانش‌آموزان، سال‌هاست که دانشگاه‌ها مداخلات پیشگیرانه را مطرح و اجرا کرده‌اند. بیش از ۴۰ سال پیش، موریل، اُئتینگ و هارست[1] (۱۹۷۴) برای ارائه خدمت به‌منظور رشد دانشجویان، مدلی را مطرح کردند که شامل پیشگیری و تقویت فضای دانشگاه می‌شد. اقدامات پیشگیرانه توسط بخش‌ها و تخصص‌های مختلف در دانشگاه‌ها انجام شد که متخصصان مراکز مشاوره، کارکنان امور دانشجویی و کارکنان خوابگاه‌ها را شامل می‌شد. مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها، برای تأثیرگذاری بر رفتارهای دانشجویانی که در معرض آسیب هستند (برای مثال، پیشگیری مشخص و انتخابی) و یا به‌منظور اثرگذاری بر نگرش‌ها و تغییر رفتار، در جمعیت عمومی دانشگاه (برای مثال، پیشگیری همگانی) مداخلات پیشگیری را طراحی و ارائه می‌کنند.

نظرسنجی‌ها، نیاز به اجرای مداخلات پیشگیری در دانشگاه‌ها و تداومِ طراحی آن‌ها را نشان داده‌اند. این نظرسنجی‌ها حاکی از آن است که سلامتی و تندرستی دانشجویان در معرض خطر است. در یک نظرسنجی که توسط دانشگاه مینه‌سوتا (۲۰۰۷) انجام شد دانشجویان ایالت مینه‌سوتا در مورد سلامتی و عادت‌های شخصی‌شان بررسی شدند. از ۲۴۰۰۰ دانشجو برای شرکت در تحقیق دعوت شد و ۱۰۰۰۰ دانشجو پرسشنامه‌ها را تکمیل و ارسال کردند. نهادهایی که اطلاعات را ارائه کردند شامل همه‌ی دانشکده‌های دانشگاه مینه‌سوتا؛ چندین دانشگاه و موسسه آموزشی ایالتی، آموزشکده‌های عالی دوساله؛ و یک آموزشکده عالی خصوصی بود. نتایج نظرسنجی نشان داد که ۲۷/۱٪ از دانشجویان طی عمر خود، تشخیص یکی از بیماری‌های روان‌شناختی را دریافت کرده بودند و در ۱۲ ماه گذشته ۱۵/۷٪ از آنان تشخیص دریافت کرده بودند. افسردگی و اضطراب، شایع‌ترین تشخیص گزارش‌شده بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که ۳۷/۱٪ از دانشجویان طی دو هفته‌ی گذشته درگیر مصرف خطرناک الکل بوده‌اند؛ ۲۵٪ طی ماه گذشته مواد دخانی مصرف کرده بودند؛ ۶/۸٪ مصرف مواد غیرقانونی را گزارش کرده بودند. اضافه بر این، ۲۲/۴٪ از دختران گزارش کردند که طی عمر خود حداقل یک‌بار تجربه‌ی آزار

---

[1]. Morill, Oetting, & Hurst

جنسی را داشتند و ۶/۸٪ از دانشجویان دختر طی ۱۲ ماه گذشته یک آزار جنسی را تجربه کرده بودند. آزار جنسی تجربه‌شده در مردان پایین‌تر بود که طی عمرشان ۵٪ و در ۱۲ ماه گذشته ۱/۹٪ بود. نزدیک به ۴۰٪ از دانشجویان اضافه‌وزن یا چاقی خود را گزارش کردند. دانشجویان از فن‌آوری‌های مختلفی استفاده می‌کردند به حدی که استفاده افراطی، بر فعالیت‌های تحصیلی‌شان تأثیر گذاشته بود. پژوهشگران این تحقیق عنوان کردند که نتایج نظرسنجیِ ذکرشده شبیه به روند نظرسنجی رفتارهای دانشجویان در بخش‌های دیگر ایالات‌متحده‌ی آمریکا بوده است. اطلاعات این نظرسنجی‌ها مستنداتی را فراهم می‌کند که از نیاز به مداخلات پیشگیری در حوزه‌های مختلف زندگی دانشجویی در دانشگاه‌ها حمایت می‌کند.

درنتیجه، تعجب‌آور نیست که مداخلات پیشگیری، آسیب‌های مختلف دانشجویی را مدنظر قرار داده است و همچنین، این‌گونه مداخلات به‌منظور ارتقای رفتارهایی طراحی‌شده‌اند که سلامتی، آسایش و موفقیت تحصیلی را در دانشجویان تشویق کنند. مداخلات پیشگیری ارائه‌شده برای دانشجویان شامل پیشگیری از مصرف و سوءمصرف الکل و مواد (بائر، کیولاحان، بلوم، مک نایت و مارلات[1]، ۲۰۰۱؛ لابریه، لم، پدرسن و کوینلن[2]، ۲۰۰۶؛ اُسوالد، شات، انگلیش و لیتل[3]، ۲۰۰۷؛ وِست و گراهام، ۲۰۰۵)، پیشگیری از آزار و اذیت جنسی (فاوبرت، ۲۰۰۰؛ فاوبرت، تَتم و گادین، ۲۰۱۰؛ لانزوی، ۱۹۹۶؛ راثمن و سیلورمن، ۲۰۰۷)، پیشگیری از اختلالات خوردن (استیس، راد، شا و مارتی، ۲۰۱۳؛ استایس، شا و مارتی، ۲۰۰۷)، افزایش آگاهی در مورد خودکشی و پیشگیری از آن (هاس و همکاران، ۲۰۰۸) و کاهش افسردگی (برای مثال، سلیگمن، شولمن و تراین، ۲۰۰۷) بوده است. گرچه برخی از برنامه‌ها به‌عنوان برنامه‌های پیشگیریِ انتخابی و مشخص طراحی‌شده‌اند، برنامه‌های دیگر برای همه‌ی جمعیت دانشگاه ارائه می‌شود. برای مثال، ممکن است دانشگاه طی سال تحصیلی، برای پرداختن به یک موضوع، ارائه‌ی اطلاعات، برگزاری کارگاه و افزایش آگاهی درباره‌ی آن موضوع زمانی را اختصاص دهد. علاوه بر این ممکن است در دانشگاه غربالگری‌هایی ارائه شود و به دانشجویانی که در معرض خطر یک آسیب قرار دارند، پیشنهادِ مراجعه به یک متخصص داده شود. غربالگری ملی و روزهای آگاه‌سازی در مورد موضوعاتی نظیر افسردگی، مصرف الکل و آزارهای جنسی در دانشگاه‌ها پرطرفدار هستند.

علاوه بر برنامه‌هایی که از آسیب‌های دانشجویان پیشگیری می‌کنند، مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها، برنامه‌ها، فعالیت‌ها و دوره‌هایی را به اجرا می‌گذارند تا با هدف آموزش مهارت‌ها و رفتارهای سالم به‌عنوان عوامل محافظ، در برابر رشد آسیب‌های روانی–اجتماعی عمل کنند. انواع مداخلات شامل این موارد است: دوره‌های ارتقای شغلی به‌منظور کمک به دانشجویان در انتخاب رشته‌ی دانشگاهی و مسیر شغلی (پی جانسن، نیکولاس،

---

1. Baer, Kivlahan, Blum, Mcknight, & Marlatt
2. Labrie, Lamb, Pederson, Pederson, Quinlan
3. Oswalt, Shutt, English, & Little

بابالتز و ریدِزل[۱]، ۲۰۰۲)، برنامه‌های آموزشی برای دانشجویان در مورد بهداشت جنسی (کانکار و شارما[۲]، ۲۰۱۰)، فعالیت‌ها و برنامه‌هایی که به مصرف الکل در دانشگاه و مکان‌های نزدیک به دانشگاه می‌پردازند (گلایدر، میدایت، میلز–نووا، جانِسن و کالینز، ۲۰۰۱؛ سالتز[۳]، ۲۰۱۱)، برنامه‌های افزایش موفقیت تحصیلی (سرز و مک ویرتر[۴]، ۲۰۱۲؛ مُورو آکرمن[۵]، ۲۰۱۲؛ ام.ان. تامپسن و فیلیپس، ۲۰۱۳)، برنامه‌های افزایش مشارکت دانشجویی (هاسمن، شافیلد وودز[۶]، ۲۰۰۷)، برنامه‌های ارتقادهنده‌ی سلامت و آسایش (دُناوان[۷] و همکاران، ۲۰۱۲؛ هاینز[۸] و همکاران، ۲۰۰۷؛ وِرچ[۹] و همکاران، ۲۰۰۸) و سازمان‌دهی گروه‌های مشاوره‌ی دانشگاهی برای مواجهه در موقعیت‌های دانشگاهی تهدیدکننده (استارک، ۲۰۱۳). این‌گونه برنامه‌های پیشگیری اغلب برای تمامی اعضای دانشگاه یا زیرگروه‌های دانشجویی، در دسترس است. برنامه‌های تقویت عوامل محافظ در برابر رفتارهای آسیب‌زای رشدی، آگاهی و دانش در مورد یک موضوع خاص را افزایش داده و رفتارهایی را ارتقا می‌بخشند که منجر به افزایش سلامتی و آسایش می‌شوند.

بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد[۱۰] که وابسته به اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد[۱۱] است، جایگاه مرکزی[۱۲] برنامه‌های پیشگیری (http://www.nrepp.samhsa.gov) است که توضیحات دقیق برنامه‌های پیشگیرانه را ارائه می‌کند. اداره مذکور منبع اصلی استفاده‌شده برای توصیف برنامه‌های پیشگیریِ مدرسه–محور در این فصل است.

---

۱. P.Johnson, Nicholas, Buboltz, & Riedesel

۲. Kanekar & Sharma

۳. Glider, midyett, mills-Nova, Johnnessen, & Collins

۴. Cerezo & McWhirter

۵. Morrow & Ackermann

۶. Hausmann, Schofield, & Woods

۷. Donovan

۸. Haines

۹. Werch

۱۰. National Registry of Evidence Based Programs and Practices

۱۱. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration

۱۲. Clearinghouse

برنامه‌های شاخص برای کودکان، نوجوانانِ مدرسه رو و دانشجویان

پیش‌دبستان

مداخلات پیشگیریِ مدرسه-محور برای کودکان پیش‌دبستانی در مقایسه با برنامه‌های پیشگیری مدرسه-محور برای کودکان بزرگ‌تر، کمتر گزارش‌شده است (هامفریز و کینان[۱]، ۲۰۰۶). با توجه به اهمیت یادگیری رفتارهای اجتماعی و پیشگیری از مشکلات هیجانی و آموزشی طی سال‌های پیش‌دبستانی، این موضوع تعجب‌آور است. طی سال‌های اولیه‌ی کودکی، به پیشگیری از مشکلات بهداشتی و جسمانی توجه بیشتری شده است (برای مثال برنامه‌های واکسیناسیون نوزادان) و البته این‌گونه مقیاس‌ها سلامتی کودکان را افزایش داده است. هرچند برنامه‌هایی که رشد هیجانی، آموزشی و اجتماعی تمامی کودکان پیش‌دبستانی را ارتقا می‌دهد، نیز مهم بوده و لازم است به آنان اولویت داده شده و برایشان به‌درستی اعتبار در نظر گرفته شود.

هامفریز و کینان (۲۰۰۶) مروری بر برنامه‌های پیشگیری مدرسه-محور در کودکان سه تا پنج سال انجام دادند. در این پژوهش، فقط آن دسته از برنامه‌های پیشینه‌ی تحقیق بررسی شدند که طی سال‌های ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۶ انجام‌شده و به شکل تجربی ارزیابی‌شده بودند. این دو، شش تحقیق را شناسایی کردند که واجد معیارهای مدنظر بودند. این معیارها عبارت بودند از مبتنی بر نظریه بودن، متناسب بودن به لحاظ رشدی، حساسیت فرهنگی و دربرداشتن اجزای ارتقای رفتار و کاهش علائم آسیب. شش برنامه‌ای که هامفریز و کینان مرور کردند عبارت بودند از سال‌های شگفت‌انگیز: برنامه‌ی آموزش والد و معلم[۲] (وبستر-استراتن، رید و هاموند، ۲۰۰۱)، مداخله اجتماعی-هیجانی در کودکان چهارساله در معرض آسیب (دنام و برتن، ۱۹۹۶)، بچه‌های آرام[۳]: یادگیری اجتماعی-هیجانی در اوایل دوره‌ی کودکی (سندی، بوردمن، ۲۰۰۰)، تصمیم‌گیری‌های سالم در کودکان تاب آور[۴] (دُوباس، لینچ، گالانو، گِلر و هانت[۵]، ۱۹۹۸)، برنامه درسی مقطع پیش‌دبستانی "های/ اسکوپ "[۶] (ازاین‌پس "های اسکوپ " نامیده می‌شود؛ شواینهارت وایکارت، ۱۹۹۷) و مرکز کودک-والد شیکاگو و برنامه‌ی گسترش[۷]

. Humphries & Keenan۱

. Incredible Years: Parent and Teacher Training Program۲

. Peaceful Kids Early Childhood Social-Emotional Learning۳

. Resilient Children Making Healthy Choices۴

. Dubas,Lynch, Galano, Geller, & Hunt۵

. The High/Scope Preschool Curriculum۶

. Expansion Program۷

(ای.جی. رینولدز، ۱۹۹۴). این برنامه‌ها، رفتار مخل، کارایی اجتماعی و هیجانی و آموزش‌های تحصیلی را پوشش می‌دهند. از تحقیق هامفریز و کینان مشخص نمی‌شود که این برنامه‌ها تنها برنامه‌های مشمول معیارهای مدنظر بودند یا به‌عنوان نمونه از برنامه‌های در حال اجرا، انتخاب شدند.

هامفریز و کینان (۲۰۰۶) هشدار دادند که برنامه‌های پیش‌دبستانی که مرور کردند مبتنی بر نظریه‌های رشدیِ اروپایی محور و برای طبقه‌ی متوسط بود و برنامه‌ها اساساً برای کودکان اقلیت‌های قومی و کودکان خانواده‌های با درآمد کم اجرا می‌شد. محققان نتیجه گرفتند لازم است تحقیقات بیشتری انجام شود تا همکاری متوازن‌تری بین مدلی‌های نظری که برنامه‌های پیشگیری بر پایه آن‌ها شکل می‌گیرد و ویژگی‌های جمعیت شناختیِ کودکان دریافت‌کننده آن برنامه‌ها، برقرار شود.

بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد، ۱۷ برنامه‌ی مدرسه–محور در مقطع پیش‌دبستان را فهرست کرده است (از آوریل ۲۰۱۳) و دو برنامه نیز توسط هامفریز و کینان (۲۰۰۶) بررسی شد: *سال‌های شگفت‌انگیز* و *های اسکوپ*. هر دو برنامه سال‌هاست که اجرا می‌شوند و به شکل تجربی به‌واسطه‌ی مطالعات پژوهشی مختلف نیز حمایت‌شده‌اند. *های اسکوپ* به‌عنوان یک برنامه‌ی پیشگیری مدرسه–محور برای کودکان ۳ تا ۵ سال بررسی می‌شود و *سال‌های شگفت‌انگیز* به‌عنوان برنامه‌های مدرسه–محور در مقطع ابتدایی ارزیابی می‌شود. علاوه بر این، های اسکوپ، برنامه‌ی آموزشی مشخصی را برای نوزادان (۰– ۳ سال) و دانش‌آموزان مقطع ابتدایی ارائه می‌کند.

های اسکوپ

های اسکوپ (نگاه کنید به http://www.highscope.org) در دهه‌ی ۱۹۶۰ توسط دکتر دیوید وایکارت و همکارانش مطرح شد ولی به شکلی رسمی‌تر در سال ۱۹۷۰ در شهر ایپسیلانتی[۱] در ایالت میشیگان به اجرا درآمد. برنامه در مدارس و پیش‌دبستان های ایالات‌متحده‌ی آمریکا و خارج اجرا شد (پیتون[۲]، ۲۰۰۴). برنامه مبتنی بر اصول پیاژِی و دُویی[۳] است که بر کودکان به‌عنوان شرکت‌کنندگان فعال در یادگیری تأکید دارند تا دریافت‌کنندگان منفعل دانش که توسط دیگران ارائه می‌شود (دُویی، ۱۹۳۸؛ پیاژِی و اینهلدر، ۱۹۶۹). های اسکوپ مشتمل بر مؤلفه‌های یادگیری کودک–آغاز[۴] و تجربی، تقویت روابط با مراقبین و رشد قابلیت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان است (هامفریز و کینان، ۲۰۰۶). برنامه از طریق فعالیت‌های کوچک–گروه و بزرگ–

---

۱. Ypsilanti

۲. Peyton (اطلاعات مربوط به این منبع در فهرست منابع موجود نیست. م)

۳. Piaget & Dewey (این دو به‌غلط در زبان فارسی پیاژه و دیویی تلفظ می‌شوند. م)

۴. Child-initiated

گروه و فعالیت‌های کمک‌رسانی[۱] به والدین و مراقبین اجرا می‌شود (شُواینهارت و وایکارت، ۱۹۹۹). شُواینهارت و وایکارت (۱۹۹۹) مطالعات طولانی‌مدتی را گزارش کردند که کودکانی که در برنامه‌ی "های اسکوپ" شرکت کرده بودند با کودکانی مقایسه شدند که برنامه‌های کودک-محور یا معلم-محور سنتی دریافت کرده بودند. بررسی‌های پیگیری مشخص کرد که در نوجوانی، شرکت‌کنندگان های اسکوپ در مقایسه با کودکانی که در برنامه‌های پیش‌دبستانی جایگزین شرکت کرده بودند، رفتارهای اجتماعی‌تری نشان دادند.

مدرسه‌ی ابتدایی

در مقایسه با برنامه‌های پیشگیری که در محیط‌های پیش‌دبستانی اجرا می‌شوند، در مقاطع ابتدایی و راهنمایی برنامه‌های پیشگیری به‌مراتب بیشتری وجود دارد. بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد، ۸۰ برنامه پیشگیریِ مدرسه-محور (از آوریل ۲۰۱۳) برای دانش‌آموزان ۶ تا ۱۲ سال را شناسایی کرده است که از مقطع ابتدایی تا راهنمایی اجرا می‌شود. اکثر برنامه‌ها در بایگانی اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد چندوجهی بوده و مداخلات پیشگیری عمومی و انتخابی محسوب می‌شوند. همان‌گونه که می‌توان از برنامه‌های پیشگیری در این سطح انتظار داشت، تأکید بر شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی است. پیشگیری از رفتارهای پرخطری نظیر مصرف تنباکو، الکل و دیگر مواد؛ رفتارهای قلدرانه و پرخاشگرانه؛ و مشکلات رفتاری نیز مدنظر است. برنامه‌ها در این گروه معمولاً شامل فعالیت‌های کلاسی است که توسط معلم کلاس یا متخصص آموزشی انجام می‌شود. فعالیت با والدین و فعالیت برای ارتباط دانش‌آموزان با محل زندگی خود، جز فعالیت‌های کلاسی است. درنتیجه، این‌گونه برنامه‌ها مدارس، خانواده‌ها و محیط‌های زندگی را به هم متصل می‌کند تا محافظت از نوجوان و پیشگیری از رفتارهای در معرض خطر تقویت شود. یکی از برنامه‌های بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد، برنامه‌ی سال‌های شگفت‌انگیز است که برنامه‌ای مدرسه-محورِ در مقطع ابتدایی است و برای تشریح برخی از ویژگی‌های منحصربه‌فرد برنامه‌های پیشگیری در این گروه سنی بررسی می‌شود.

برنامه‌ی سال‌های شگفت‌انگیز

برنامه‌ی چندوجهی سال‌های شگفت‌انگیز دارای مؤلفه‌هایی برای والدین، معلمان و آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکانی است که در معرض مشکلات رفتاری هستند (رِید، وبستر- استراتن و هاموند، ۲۰۰۷؛ وبستر-استراتن و رِید، ۲۰۰۳؛ وبستر-استراتن و همکاران، ۲۰۰۱). این برنامه بهبود مهارت‌های فرزند پروری و کاهش مشکلات در کودکان را نشان داده است (رِید، وبستر-استراتن و بایدَر، ۲۰۰۴). برنامه به‌واسطه‌ی نظریه‌ی رشدی هدایت می‌شود که بر یادگیری اجتماعی و هیجانی کودکان تأکید دارد. این دو به‌مثابه‌ی رفتارهای محافظ،

---

۱. outreach

در کاهش مشکلات رفتاری نقش دارند. اهداف برنامه، ارتقای توانایی‌های هیجانی و اجتماعی در کودکان و پیشگیری، کاهش و درمان مشکلات هیجانی و رفتاری آنان است. برنامه‌ی آموزشی که به کمک عروسک‌های کوچک اجرا می‌شود، مجموعه‌ای از مهارت‌ها نظیر مهارت‌های ارتباطی، راهبردهای حل مسئله و رفتار صحیح در کلاس را آموزش می‌دهد. مؤلفه‌های آموزش به معلم مشتمل بر مهارت‌های مدیریت کلاس، ارتقای مهارت‌های اجتماعی کودکان و ارتباط مؤثر آنان با والدین و همسالان است. آموزش والدین مشتمل بر ترغیب مشارکت آنان در مدرسه و مهارت‌هایی برای ارتقای موفقیت تحصیلی و اجتماعی شدن کودکانشان است. یک مطالعه‌ی پیگیری جدید درباره‌ی کودکانی که در اوایل کودکی (۳ تا ۸ ساله) در این برنامه شرکت کرده بودند، نشان داد که آنان در دوره‌ی نوجوانی (۸–۱۲ سال بعد از دریافت برنامه) به‌خوبی سازگار بودند و رفتارهای پرخطر آنان در محدوده‌ی هنجار بود (وبستر–استراتن، رینالدی و رِید، ۲۰۱۱). گرچه در این مطالعه از گروه کنترل استفاده نشد که این موضوع محدودیت بسیاری از مطالعات پیگیری است، ولی شواهدی را ارائه کرد که برنامه‌ی سال‌های شگفت‌انگیز برای آینده کودکان مفید است؛ به‌ویژه برای آن دسته از کودکانی که مشکلات رفتاری را از اوایل کودکی نشان داده‌اند.

به‌منظور قابل‌استفاده‌تر شدن برنامه‌ی سال‌های شگفت‌انگیز در خانواده‌هایی که دارای کودکان خردسال بودند، تِیلر و همکاران (۲۰۰۸) نمونه‌ای از آموزش فرزند پروری مبتنی بر فن‌آوری را در این برنامه مطرح کردند. با استفاده از خانواده‌های دارای کودکان چهارساله که عضو برنامه‌ی هد استارت در مناطق روستایی و شهری ایالت اُرِگِن بودند، محققان از ۱۷۸ خانواده‌ای استفاده کردند که واجد ملاک‌های لازم بودند. ملاک‌ها شامل مجهز بودن خانه به تلفن، صحبت کردن اعضای خانواده به زبان انگلیسی و نمره‌ی کودکان در پرسشنامه‌ی مقیاس نافرمانیِ مقابله‌جویانه‌ی کودک[1] و پرسشنامه‌ی رفتار مخرب نوجوان[2] (بِرنز، تیلِر و رازبی، ۲۰۰۱) بود که جز یک‌سوم بالایی کودکان سرند شده قرار بگیرند. ۸۸ خانواده به شکل تصادفی در گروه کنترل قرار گرفتند و ۹۰ خانواده مداخله دریافت کردند. نمونه‌ی مبتنی بر فن‌آوری در برنامه‌ی مذکور در یک مدل ترکیبی[3] ارائه شد که طی آن والدین می‌توانستند موضوعات آموزشی را در کامپیوتر خود (بر روی دیسک بارگذاری شود یا از اینترنت دریافت شود) مشاهده کنند یا با دیگر والدین که در برنامه ثبت‌نام کرده بودند، طی پیام‌های گروهی برخط[4] در ارتباط باشند. علاوه بر این، به هر خانواده یک مربی اختصاص داده شد که سعی می‌کرد حین اجرای برنامه، پنج بار از خانواده بازدید کند. مربی، یک متخصص دوره‌دیده بود که به والدین در تعیین اهدافشان برای مشارکت در برنامه کمک

---

۱. The Oppositional Defiant Scale of the Child

۲. Adolescent Disruptive Behavior Inventory

۳. hybrid

۴. online

می‌کرد. او همراه با والدین مهارت‌های نشان داده‌شده در موضوعات آموزشی را ایفای نقش می‌کرد، ضمن این‌که درباره‌ی راهبردهای انجام مهارت‌ها بحث کرده و به‌عنوان منبعی برای پاسخگویی به سؤالات، انجام وظیفه می‌کرد.

تیلِر و همکاران (۲۰۰۸) به علت مفقود شدن اطلاعات کامل گروه همگنِ[۱] اول (تعداد=۴۵ خانواده)، فقط اطلاعات گروه همگن دوم (تعداد=۴۵ خانواده) را تحلیل کردند. در گروه همگن دوم، نتایج نشان داد خانواده‌های گروه مداخله، در دستیابی به اهداف خود پیشرفت‌های قابل‌توجهی نشان دادند. ۳۰ خانواده گزارش کردند که حداقل در یک هدف خود ۱۰۰٪ به موفقیت رسیدند و ۳۰ خانواده در تمامی اهداف خود، ۵۰٪ پیشرفت داشتند. ۱۷ خانواده گزارش کردند که به‌تمامی اهداف خود، دست یافتند. علاوه بر این، ۷۶٪ از خانواده‌ها در توانایی خود در مدیریت رفتارهای مخرب کودکان خود احساس اطمینان کردند. البته ۸۰٪ از خانواده‌ها اظهار کردند که می‌توانند رفتارهای دشوار کودکان را در آینده مدیریت کنند. والدین از برنامه راضی بودند، کما این‌که ۸۷٪ بسیار راضی و ۹۳٪ برنامه را به یک دوست پیشنهاد می‌کردند. نتایج این تحقیقِ اینترنت–محور، نشان داد که مداخلات الکترونیک می‌تواند در آموزش مهارت فرزند پروری سودمند باشد. گرچه آن‌طور که محققان یادآور شدند، نتایج داده‌های جمع‌آوری‌شده، اثربخشی برنامه را نشان نمی‌داد، چراکه داده‌ها، مبتنی بر خود–گزارشی های ذهنیِ راهبردهای وابسته به والدین و مهارت‌ها و رضایت از برنامه بود تا این‌که بر اساس مقیاس‌های عینیِ تغییر در رفتارهای دشوار و مشاهده‌ی مستقیم رفتارهای وابسته به والدین باشد. افزون بر این، گرچه در ابتدا در این تحقیق ۹۰ خانواده ثبت‌نام شد، ولی داده‌ها فقط با ۴۵ خانواده تحلیل شد. به‌رغم این محدودیت‌ها که احتمالاً می‌توان آنان را در ارزیابی‌های بعدی برنامه رفع کرد، برنامه‌ی مبتنی بر فن‌آوری سال‌های شگفت‌انگیز، نویدی است بر اجرای برنامه‌ی پیشگیرانه‌ی نوآورانه با قابلیت دسترسی خانواده‌های بیشتری که امکان شرکت در مداخلات پیشگیریِ خارج از خانه را ندارند.

برنامه‌ی سحرخیزان[۲]

برنامه‌ی سحرخیزان برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانه با تمرکز بر کودکانی مطرح شد که در مهدکودک‌ها به‌عنوان پرخطر شناسایی می‌شدند. برنامه بر اساس چارچوب چشم‌انداز رشدی–بوم شناختی[۳] است تا با کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ از رفتارهای ضداجتماعی دوره‌ی کودکی پیشگیری شود (آوُگِست، ریالموتو، وینترز و هِکتنر[۴]، ۲۰۰۱، ص.۱۴۲). برای کاهش رفتارهای مخرب، چارچوب رشدی–بوم شناختی، رفتارهای

---

[۱]. cohort
[۲]. Early Risers
[۳]. Developmental-ecological perspective
[۴]. August, Realmuto, Winters, & Hektner

پرخاشگرانه‌ی کودکان را مدنظر قرار می‌دهد و در محلی مداخله می‌کند که کودکان در آن زندگی می‌کنند (مثل خانه یا مدرسه). هدف اصلی این برنامه، کمک به کودکان در رجعت به رفتارهای رشدی بهنجارتر و دوری از رفتارهای پرخاشگرانه و مشکلات رفتاری از طریق مشارکت در برنامه‌های مدرسه، محل زندگی و خانواده است که بر مهارت‌ها و توانایی‌های در نظر گرفته‌شده برای کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ تأکید می‌شود. درنتیجه، مؤلفه‌های برنامه‌ی سحرخیزان، توانایی‌های تحصیلی، خود–تنظیمی‌رفتاری، توانایی‌های اجتماعی و سرمایه‌گذاری والدین برای کودکان خود از طریق مشارکت در برنامه‌های غنی‌سازی مدرسه و محل زندگی را هدف قرار می‌دهد (آوُگِست، ریالموتو، هکتنر و بلومکویست، ۲۰۰۱).

کودکان مقطع مهدکودک که دارای مشکلات رفتاریِ پرخطر، تشخیص داده شدند از ۲۰ مدرسه در دو محله‌ی مختلف برای شرکت در تحقیق پیرامون رشد کودک، گرد آمدند. مدارس به شکل تصادفی در شرایط مداخله و کنترل قرار گرفتند. تمامی کودکان در مدارس گروه مداخله در برنامه‌ریزی هسته‌ای شرکت کردند که مشتمل بر مداخلات کلاسی دارای سرفصل‌های مهارت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های فردی شده‌ی تحصیلی و اجتماعی، آموزش فرزند پروری و فعالیت‌های خانوادگی برای تقویت روابط کودک–والد بود. گروه برگزیده‌ای از دانش‌آموزان برای شرکت در اردوهای تابستانی با تمرکز بر تقویت مهارت‌های تحصیلی و آموزشی انتخاب شدند. این کودکان متعاقباً به‌عنوان آموزشگران همسال[1] فعالیت کردند. علاوه بر این، برنامه‌های انفرادی شده‌ی تکمیلی به کودکان در معرض خطر ارائه شد تا سایر نیازهای آنان و خانواده‌هایشان تأمین شود (آوُگِست، ریالموتو، وینترز و هِکتنر، ۲۰۰۱).

نتایج حاصل از این مطالعه مشخص کرد که بعد از دو سال، کودکانی که مداخله را دریافت کرده بودند، در مقایسه با کودکان گروه کنترل به شکلی معنادار در اهداف روخوانی و ریاضیات و تمرکز در کلاس پیشرفت کردند. گرچه نتیجه‌ی اصلی متغیر رفتار خود–تنظیمی (آن‌گونه که توسط مقیاس‌های درجه‌بندی والد و معلم اندازه‌گیری می‌شد) حاکی از تفاوت‌های معنادار بین کودکان گروه مداخله و گروه کنترل نبود (آوُگِست، ریالموتو، هکتنر و بِلُومکویست، ۲۰۰۱). نتایج شش‌ساله‌ی این مطالعه در رابطه با تشخیص اختلال نافرمانیِ مقابله‌جویانه و اختلال سلوک کودکان[2] نشان داد که در کودکان گروه کنترل در مقایسه با کودکان گروه مداخله احتمال بیشتری می‌رفت که مشکلات وجود داشته باشند، ولی نتایج به لحاظ آماری معنادار نبود. باوجودآنکه در میزان علائم نشان داده‌شده‌ی اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یا اختلال سلوک، تفاوت‌های معناداری یافت شد، ولی احتمال کمتری داشت که کودکان گروه مداخله درگیر این‌گونه مشکلات رفتاری شوند (بِرنَت، آوُگِست، هِکتنر و بِلُومکویست،

---

1. Peer mentor
2. Conduct disorder

۲۰۰۷). علاوه بر این، با استفاده از تحلیل متغیرهای میانجی[۱]، محققان دریافتند که مهارت‌های اجتماعی و انضباط مؤثر به‌مثابه میانجی در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در آن دسته از کودکان کلاس ششم عمل کرد که پنج سال در برنامه شرکت داشتند (برِنَت و همکاران، ۲۰۱۲).

در یک مطالعه‌ی پیگیری در مورد تداوم پذیری[۲] نهادی برنامه‌ی *سحرخیزان* (در یک موسسه محله‌ای بدون سود[۳] یا همان غیرانتفاعی)، نتایج، در مقایسه با افرادی که در مرحله‌ی اولیه بررسی اثربخشی برنامه قرار داشتند، میزان کمتری را نشان داد (آوُگست، بلومکویست، لی، ریالموتو، هِکتنر، ۲۰۰۶). به‌رغم آموزش، حمایت فنی و نظارت توسط طراحان برنامه، اثربخشی برنامه به‌مراتب کمتر مشخص بود. در مقایسه با اجرای اولیه، نرخ حضور شرکت‌کنندگان برنامه کمتر بود و فقط یک نتیجه مثبت به دست آمد که مشکلات رفتاری کودکان برنامه که توسط معلم ارزیابی‌شده بود، در مقایسه با کودکان گروه کنترل، بهبودیافته بود. هیچ تفاوت دیگری در سایر متغیرها، نظیر موفقیت تحصیلی و سازگاری اجتماعی یافت نشد. محققان، دلایل احتمالی نبود تداوم پذیری برنامه، نظیر جابه‌جایی کارکنان موسسه، کاهش اعتبارات و همکاری ضعیف مدرسه و محله را موردبحث قرار دادند. این تحقیق اهمیت توسعه و حفظ راهبردهای برنامه‌ی پیشگیری را نشان می‌دهد که شامل جریان داشتن اعتبارات به‌منظور تداوم برنامه‌ها بعد از پایان اجرای مراحل اولیه است.

مدارس راهنمایی

بسیاری از برنامه‌های موجود در بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد، اواخر کودکی و سال‌های اولیه‌ی نوجوانی را مدنظر قرار می‌دهند. بیش از ۸۰ برنامه‌ی مدرسه–محور، برای کودکان سنین ۱۳ تا ۱۷ سال، در سایت بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد فهرست شده است (تا آوریل ۲۰۱۳). یک برنامه‌ی نمونه که مرور خواهد شد پروژه‌ی نورثلند[۴] است که برای اواخر دوره‌ی کودکی و اوایل نوجوانی طراحی‌شده است.

پروژه‌ی نورثلند

این برنامه‌ی چندساله، مدرسه–محور، گسترده در محل زندگی و چند مؤلفه‌ای، برای پیشگیری از مصرف الکل در سال‌های مقاطع راهنمایی و ابتدای دبیرستان (برای مثال کلاس‌های ۶–۸) طراحی‌شده است. برنامه، چندین سطح از مؤلفه‌ها را ارائه می‌کند که مستلزم مشارکت مدرسه و اجتماع است. همان‌گونه که در زیر توصیف

---

۱. Mediation analysis
۲. sustainability
۳. Nonprofit community agancy
۴. Northland Project

می‌شود، مؤلفه‌های پروژه‌ی نورثلند اصول رشد کودک و نوجوان، یادگیری تجربی و فعال و مشارکت محله را یکپارچه می‌سازد. برنامه، از اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰ به‌واسطه‌ی حمایتِ پیشینه‌ای از پژوهش‌های تجربی به وجود آمد که از آن حمایت می‌کردند (کُمرو[1] و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴؛ سی.ال. پِری[2] و همکاران، ۱۹۹۶). در ابتدا برنامه، در حوزه‌های آموزشی[3] مینه‌سوتای شمالی، با گروه همگنی از کودکان کلاس ششم اجرا شد (تعداد: ۲۳۵۱ نفر)؛ و در ادامه کودکان کلاس هشتم نیز اضافه شدند. برنامه برای نوجوانان شهری نیز انطباق یافت (کُمر و همکاران، ۲۰۰۴). مؤلفه‌های برنامه شامل سرفصل‌های آموزشی کلاسیِ متناسب برای هر پایه است که به دانش‌آموزان مهارت‌های مقاومت در برابر الکل را آموزش می‌دهد و مهارت‌های مدیریت همسالان[4] را رشد داده و آموزش به والد را نیز ارائه می‌کند. پروژه‌ی نورثلند تقویتِ اهمیت اِعمال قانون در فروش الکل به افراد نابالغ و حمایت از قوانین محلی برای کاهش دسترسی نوجوانان به الکل را نیز شامل می‌شود. پروژه‌ی نورثلند، مدل کارت طلایی را هم باب کرد که طی آن نوجوانان در صورت عدم استفاده از الکل می‌توانستند از مغازه‌داران محلی تخفیف دریافت کنند (سی.ال.پری و همکاران، ۱۹۹۶).

دانش‌آموزان در گروه‌های مداخله و کنترل در حوزه‌های آموزشی ذکرشده، پرسشنامه‌ی محقق–ساخت[5] را در خط پایه‌ی پژوهش و در پایان سال آموزشی پاسخ دادند. در پرسشنامه، اطلاعاتی در مورد مصرف الکل، تنباکو و دیگر مواد؛ عوامل روانی اجتماعی (نظیر تأثیر همسالان، خود–کارآمدی، ارتباط والدین)؛ و شرکت در فعالیت‌های پروژه‌ی نورثلند، جمع‌آوری شد. نتایج سه‌ساله‌ی مداخله نشان داد دانش‌آموزانی که در پروژه‌ی نورثلند شرکت کردند در مقایسه با آنانی که در گروه کنترل قرار داشتند، به شکلی معنادار با احتمال کمتری مصرف الکل را گزارش کردند. دانش‌آموزان گروه مداخله که از خط پایه، الکل مصرف نکرده بودند در مقایسه با گروه کنترل به شکلی معنادار به مراتب الکل کمتری مصرف کردند (سی.ال.پری و همکاران، ۱۹۹۶). دانش‌آموزان گروه تجربی، در میهمانی‌ها نیز به شکلی معنادار در برابر الکل مقاومت کردند. در کل، پروژه‌ی نورثلند در دانش‌آموزانی بسیار موفق بود که پیش از آغاز برنامه، مصرف الکل را شروع نکرده بودند؛ کودکانی که در خط پایه به‌تازگی مصرف الکل را آغاز کرده بودند با احتمالی ضعیف‌تر از برنامه سود می‌بردند.

گرچه داده‌های پژوهش، نتایج مثبتِ پروژه‌ی نورثلند را نشان داده است، ولی این نتایج بر اساس مقیاس‌های خود–گزارشی است. البته سی.ال.پری و همکاران (۱۹۹۶) خاطرنشان کردند که مقیاس‌های خود–گزارشی

. Comro۱

. C.L.Perry۲

. School district۳

Peer leadership۴

. Researcher-generated۵

قابل‌اطمینان هستند و آنان مطالعه‌ی قدیمی‌تری را نام بردند که نشان می‌داد، دانش‌آموزان گروه مداخله در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل با احتمالی ضعیف‌تر اطلاعات غیرواقعی را گزارش می‌کنند (کُومرو، کِلدِر، پِری و کِلِپ، ۱۹۹۳). پروژه‌ی نورثلند، تأخیر در مصرف الکل دانش‌آموزان مقطع راهنمایی را نشان داده است. سرفصل‌های آموزشی این برنامه برای دبیرستان نیز طراحی‌شده است.

آموزش مهارت‌های زندگی

آموزش مهارت‌های زندگی (نگاه کنید به http://www.lifeskillstraining.com) یک برنامه‌ی پیشگیری کوتاه‌مدت و مبتنی بر شواهد است که نشان داده است مصرف الکل، تنباکو و دیگر مواد را کاهش می‌دهد (بوتوین، بیکر، دانزِبری، بوتوین و دیاز، ۱۹۹۵؛ گریفین، بوتوین، نیکُلز و دُیل، ۲۰۰۳؛ زالینگر و همکاران، ۲۰۰۳). همچون دیگر برنامه‌های پیشگیری که در این فصل توصیف شد، آموزش مهارت‌های زندگی برای یاد دادن به دانش‌آموزان در مورد مصرف و سوءمصرف مواد از آموزش‌های مهارت–محور، مشارکتی و یادگیری فعال سود می‌جوید. بیش از ۳۰ مطالعه به ارزیابی این برنامه پرداخته‌اند. مهارت‌های زندگی با برنامه‌های آموزشیِ متناسب با سن، از مقطع ابتدایی تا دبیرستان اجراشده است. چندین سازمان شامل دپارتمان آموزش ایالات‌متحده‌ی آمریکا و مرکز پیشگیری از مصرف مواد، آموزش مهارت‌های زندگی را به‌عنوان یک برنامه‌ی نمونه تشخیص داده‌اند.

بوتوین و همکاران (۱۹۹۵) با حجم نمونه‌ی بزرگی که اکثراً دانش‌آموزان سفیدپوست کلاس هفتم بودند، اثربخشی مهارت‌های زندگی را مطالعه کردند. دانش‌آموزان از ابتدا ۱۵ سرفصل درسی آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کردند که توسط معلم‌های کلاس‌های درسی‌شان ارائه می‌شد. جلسات تقویتی در کلاس‌های هشتم (ده درس) و نهم (پنج درس) برگزار شد. دروس با به‌کارگیری نظریه‌ی رفتاری شناختی، موضوعاتی نظیر افزایش اعتمادبه‌نفس، مدیریت اضطراب، آموزش جرئتمندی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و رشد ارتباط‌های بین فردی سالم را شامل می‌شد. آموزش‌ها شامل مهارت‌های ویژه برای مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی و همسالان در مصرف مواد نیز می‌شد. شصت درصد از شرکت‌کنندگان اصلی کلاس هفتم به‌منظور سنجش مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا ارزیابی مجدد شدند. نتایج، کاهش معناداری را در مصرف مواد و مواد چندگانه[1] در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل (تحت عنوان "درمان به شیوه‌ی معمول[2]") در دوره‌ی پیگیری نشان داد. محدودیت‌های پژوهش عبارت است از این‌که جمعیت موردمطالعه اکثراً دانش‌آموزان طبقه متوسط و سفیدپوست هستند و دیگر این‌که ۴۰٪ از گروه نمونه‌ی اصلی در دوره‌ی پیگیری ارزیابی نشدند. شاید دانش‌آموزانی که بیشتر در معرض

. polydrug۱

. Treatment as usual۲

خطر مصرف و سوءمصرف مواد هستند، در مدرسه حضور نامنظمی دارند. نقاط قوت پژوهش عبارت است از استفاده از جلسات تقویتی در کلاس‌های هشتم و نهم، معلمان دوره‌دیده‌ی کلاس‌های فعلی و ارزیابی منظم برای آگاهی از پایبندی به برنامه طی اجرا.

به‌منظور پیشگیری از مصرف مواد و رفتارهای پرخاشگرانه که اغلب هم‌زمان رخ می‌دهد، آموزش مهارت‌های زندگی برای نوجوانان مدارس راهنمایی نیز اجراشده است (بوتوین، گریفین و نیکولز، ۲۰۰۶). این مدل از اجرای مهارت‌های زندگی، شامل انتقال اطلاعاتی در مورد مدیریت خشم و آموزش مهارت حل تعارض بود. بنا به گزارشِ دانش‌آموزانی که برنامه‌ی آموزشی سه‌ماهه‌ی مهارت‌های زندگی را دریافت کردند، در مقایسه با کسانی که برنامه‌های استاندارد آموزش سلامت را گذراندند، رفتارهای پرخاشگرانه‌شان کاهش یافت. همچون تحقیقات اولیه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی، مقیاس‌های نتایج بر اساس خود-گزارشی های دانش‌آموز بود. آموزش مهارت‌های زندگی به شکل بین‌المللی در اسپانیا (فراگوئلا، مارتین و ترینانِز[۱]، ۲۰۰۳) و در ارتباط با برنامه‌ی تقویت خانواده[۲] (اسپاث، راندال، ترودیو، شین و ردماند[۳]، ۲۰۰۸) نیز انجام شد. نتایج مطالعاتِ پیگیریِ کنترل‌شده کاهش مصرف مواد غیرقانونی را در گروه‌های درمان نشان داد؛ البته در پژوهش فراگوئلا و همکاران (۲۰۰۳) تأثیرات مثبت به‌مرور کاهش یافت.

آموزش مهارت‌های زندگی، تائید سازمان‌های تخصصی و موسسه‌های دولتی را به همراه داشته است. باوجودی که آموزش مهارت‌های زندگی طی مطالعات تحقیقاتی طولانی‌مدت نتایج مثبتی را نشان داده است (گریفین، بوتوین و نیکولز، ۲۰۰۶)، بسیاری از مطالعات از خود-گزارشی به‌عنوان مقیاس نتایج استفاده می‌کنند. مقیاس‌های نتایجِ رفتارهای شرکت‌کننده در برنامه، درصورتی‌که دیگران گزارش می‌کردند (نظیر معلمان، والدین، دوستان، مجریان قانون) می‌توانست تا به امروز به میزان قابل‌توجهی به بدنه‌ی دانش گزارش‌شده‌ی آموزش مهارت‌های زندگی بیفزاید.

دبیرستان

بسیاری از برنامه‌های بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد که برای دانش‌آموزان کم سن تر فهرست شده است برای نوجوانان دبیرستانی انطباق یافته‌اند. برنامه‌های پیشگیری در دبیرستان به پیشگیری از مصرف الکل و مواد معطوف هستند. دو برنامه از بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد که در ادامه بررسی خواهند شد بر پیشگیری از خودکشی متمرکز هستند. یکی از این دو در جمعیت عمومی دانش‌آموزان و

---

۱. Fraguela, Martin, Trinanes

۲. Strengthening Families Program

۳. Spoth, Randal, Trudeau, Shin, & Redmond

دیگری در نوجوانان بومی آمریکا انجام می‌شود. علاوه بر این، برنامه‌های پیشگیری از مصرف استروئید در نوجوانان ورزشکار پسر نیز بررسی می‌شود. خودکشی و مصرف استروئید در مقایسه با برنامه‌های همگانی که پیشگیری از مصرف الکل و مواد مخدر را هدف قرار داده‌اند، موضوعاتی هستند که کمتر در دبیرستان‌ها موردتوجه قرارگرفته‌اند.

برنامه‌های آموزش مواجهه و حمایت[۱]- مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی[۲]

دو برنامه آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی، برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند که هم‌زمان از نوع انتخابی و مشخص محسوب می‌شوند. ای. اِی. تامپسن، مُودی و ایگرت[۳] (۱۹۹۴) در ابتدا این برنامه‌ها را بر اساس پژوهش‌هایی مطرح کردند که نشان می‌داد مداخلات کوتاه‌مدت مانند مداخلات بلندمدت در کاهش خطر خودکشی و تقویت سطوح خود-کنترلی دانش‌آموز مؤثر هستند (ایگرت، تامپسن، هِرتینگ و نیکولز، ۱۹۹۵). ای. اِی. تامپسن و ایگرت (۱۹۹۹) گزارش کردند دانش‌آموزان در معرض خطر خودکشی، در معرض خطر ترک تحصیل هم قرار دارند. درنتیجه، برنامه‌های مذکور با دانش‌آموزان در معرض خطر ترک تحصیل از دبیرستان نیز اجراشده است (راندِل، ایگرت و پایک، ۲۰۰۱).

در آموزش مواجهه و حمایت، از قالب گروه‌های کوچکِ مشاوره در دانش‌آموزانی استفاده می‌شود که در معرض خطر رفتار خودکشی قرار دارند. مداخله که توسط مشاوران گروه‌درمانیِ دوره‌دیده ارائه می‌شود، راهنمایی، حمایت و آموزش مهارت را با استفاده از تأثیرات مثبت گروه برای حمایت از تغییر رفتار ارائه می‌کند. اهداف این برنامه بهبود خلق، کاهش مصرف الکل و مواد و تقویت عملکرد در مدرسه است که بر موضوعاتی مثل هدف‌گذاری، تصمیم‌گیری، عملکرد تحصیلی، مدیریت خشم و پیشگیری از عود تمرکز دارد. برنامه طی ۱۲ جلسه‌ی گروهیِ کوچک که هر یک به مدت ۵۵ دقیقه طول می‌کشد، به اجرا درمی‌آید.

مراقبت، ارزیابی، پاسخ و توانمندسازی یک برنامه‌ی مشاوره‌ی چهارساعته است که از دو ساعت ارزیابی و دو ساعت مشاوره تشکیل‌شده است. این برنامه توسط متخصصان سلامت روان در دانش‌آموزانی اجرا می‌شود که در معرض خطر رفتار خودکشی هستند (www.reconnectingyouth.com). این برنامه‌ها به دلیل برتری، توسط چندین سازمان انتخاب‌شده و در بایگانیِ مرکزِ بهترین تجربیات در منابع پیشگیری از خودکشی[۴] فهرست شده است (http://www.sprc.org/pbr).

---

[۱]. Copying and Support Training

[۲]. Care, Assess, Respond, Empower

[۳]. E.A.Thampson, Moody, and Eggert

[۴]. The Suicide Preventon Resource Center Best Practice Registry

برای ارزیابی اثربخشی آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی، ای. اِی تامپسن، ایگرت، راندل و پایک (۲۰۰۱) از بین هفت دبیرستان، دانش‌آموزانی را انتخاب کردند که در معرض ترک تحصیل قرار داشتند. از بین این دانش آموزان، ۴۶۰ دانش‌آموز انتخاب شدند که هم‌زمان در معرض خطر خودکشی نیز قرار داشتند. دانش‌آموزان به شکل تصادفی در یکی از سه وضعیت قرار گرفتند: **(الف)** گروه مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی، مداخله‌ی کوتاه‌مدت چهارساعته برای ارزیابی خودکشی و مداخله‌ی کوتاه‌مدت درمانی برای آگاهی از توانایی‌های فردی و شبکه‌های حمایتی در مدرسه و خانواده؛ **(ب)** گروه مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی که به دنبال آن برنامه‌ی دوازده جلسه‌ای یک‌ساعته‌ی مهارت‌آموزیِ آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت ارائه می‌شد؛ و **(ج)** مراقبت‌های معمول[1]، مصاحبه‌ی ارزیابی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای و مداخله با استفاده از کارکنان مدرسه و والدین. دانش‌آموزان پرسشنامه‌ی دبیرستان[2] را جواب دادند: نیمرخ تجربیات[3] (پرسشنامه‌ی دبیرستان؛ ایگرت، هرتینگ و تامپسن، ۱۹۹۵) در خط پایه، چهار هفته بعدازاینکه مراقبت معمول و مداخله‌ی مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی تکمیل شد و مجدداً بعد از چهار هفته برای هم‌زمانی با اتمام برنامه آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت و درنهایت پیگیری ۹ ماهه بعد از مقیاس‌های خط پایه. پرسشنامه دبیرستان که سال‌هاست در تحقیق‌های متعددی استفاده‌شده است، رفتارهای در معرض خطر خودکشی را ارزیابی می‌کند؛ دیگر عوامل خطرِ مرتبط عبارت‌اند از ناامیدی، افسردگی، اضطراب و خشم؛ و عوامل محافظ، شامل حس کنترل خود، توانایی حل مسئله و حمایت خانوادگی.

نتایج نشان داد دانش‌آموزانی که در هر سه وضعیت شرکت کردند، در رفتارهای در معرض خطر خودکشی، کاهش نشان دادند که شامل گزارش در مورد افکار خودکشی، تهدیدات و اقدام به خودکشی، طی دوره‌ی تحقیق بود. دانش‌آموزان در تمامی شرایط فوق کاهش معناداری در مصرف مواد و به‌ویژه داروهای سنگین نشان دادند. علائم افسردگی نیز در آنان کاهش یافت. دانش‌آموزانی که در گروه آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت و گروه آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت + مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی شرکت کرده بودند، در مقایسه با کسانی که در گروه مراقبت معمولی قرار داشتند به شکل معناداری سطوح پایین‌تری از افسردگی را نشان دادند. این دانش‌آموزان، کاهش افکار خودکشی، افسردگی و ناامیدی را طی زمان حفظ کردند. نتایج تحقیق نشان داد مداخلات محدود (مراقبت معمول) منجر به کاهش رفتارهای در معرض خطر خودکشی شد، ولی برنامه‌های آموزش مواجهه و حمایت و مراقبت و مراقبت، ارزیابی، پاسخ، توانمندسازی طی زمان در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مؤثرتر بودند.

---

1. Usual Care
2. High School Questionnaire
3. Profile Experiences

به‌منظور تقویت مدل نظری پیشگیری از خودکشی در نوجوانان، ای. اِی. تامپسن، مازار، هِرتینگ، رندال و ایگرت (۲۰۰۵) نقش‌های میانجی افسردگی، اضطراب و ناامیدی را در رفتار خودکشی ۱۲۸۷ دانش‌آموز مستعد ترک تحصیل ارزیابی کردند. ناامیدی در پسران و دختران، تأثیرات مستقیمی در رفتار خودکشی داشت، حال‌آنکه افسردگی تأثیر مستقیمی در پسران داشت، ولی در مورد دختران این‌گونه نبود. در هر دو جنسیت، اضطراب به افسردگی و ناامیدی مرتبط بود و مصرف مواد به شکل مستقیم و غیرمستقیم با رفتار خودکشی در ارتباط بود. نبود حمایت خانوادگی نیز با تأثیر غیرمستقیم بر اضطراب، در رفتار خودکشی نقش ایفا کرد. این تحقیق در تقویت برنامه‌ی آتی پیشگیری از خودکشی مهم است و با توجه به جنسیت شرکت‌کنندگان، نتایج این تحقیق متغیرهای مختلفی را پیشنهاد می‌کند که ممکن است برای منسجم کردن برنامه‌های پیشگیری از خودکشی ضرورت یابند.

برنامه تقویت مهارت‌های زندگی زونی[۱]

برنامه‌ی آموزشی تقویت مهارت‌های زندگی زونی یک برنامه‌ی منحصربه‌فرد پیشگیری از خودکشی است که با توجه به آداب‌ورسوم فرهنگی و جهان‌بینی قبیله‌ی زونی پائبلو ساکن در نیومکزیکو طراحی‌شده است (لافرامبویز و هوارد پیتنِی، ۱۹۹۵). مداخله در این برنامه‌ی آموزشی از فعالیت‌های مشخص فرهنگی و آموزش در حمایت و ایجاد مهارت‌های فردی، اجتماعی و آموزشی استفاده می‌کند که به‌عنوان عوامل محافظ در برابر خودکشی در جمعیت هدف عمل می‌کند. با توجه به نرخ بالای خودکشی در بین نوجوانان و جوانان آمریکایی سرخپوست، این نوع از برنامه‌ها که جز برنامه‌های مشخصِ پیشگیری محسوب می‌شوند، از اهمیت قابل‌توجهی برخوردار هستند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[۲]، ۲۰۱۲). برنامه‌ی آموزشی تقویت مهارت‌های زندگی زونی در بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد به‌عنوان یک برنامه‌ی پیشگیری همگانی فهرست شده است.

برنامه‌ی آموزشی تقویت مهارت‌های زندگی زونی از کلاس‌هایی تشکیل‌شده است که برای ۳۰ هفته و هر هفته سه جلسه طی سال تحصیلی برگزار می‌شود. برنامه‌ی آموزشی بر هفت حوزه متمرکز است: تقویت خود-ارزشمندی، افزایش توانایی‌های حل مسئله، شناسایی هیجانات و استرس‌ها، شناسایی و رفع رفتارهای خود-تخریبی، دریافت اطلاعات در مورد خودکشی، آموزش مداخله برای خودکشی و تعیین اهداف فردی و اجتماعی (لافرامبویز، ۲۰۰۶؛ لافرامبویز و هوارد-پیتنِی، ۱۹۹۵؛ لافرامبویز، مِدُوف، لی و هریس، ۲۰۰۷).

لافرامبویز و هوارد-پیتنِی (۱۹۹۵) برنامه‌ی آموزشی تقویت مهارت‌های زندگی زونی را در دبیرستان یک قبیله با شرکت ۶۹ دانش‌آموز سال اول و آخر دبیرستان اجرا و ارزیابی کردند. مهارت‌های زندگی زونی در برنامه‌ی آموزشی هنرهای زبانی[۳] دانش آموزان گنجانده شد. پنجاه‌ونه دانش‌آموز در گروه کنترل شرکت کردند و برنامه‌ی

---

۱. The Zuni Life Skills Development

۲. Centers for Disease Control and Prevention

۳. The language arts: (درسی متشکل از خواندن، نوشتن، گوش دادن و سواد بصری.م)

آموزشی رایج در هنرهای زبانی را دریافت کردند. دانش‌آموزان در هر دو گروه مداخله و کنترل، پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون طراحی‌شده برای ارزیابی احتمال خودکشی، ناامیدی، افسردگی و خود-کارآمدی را در چندین حوزه پاسخ دادند که شامل مهارت‌های پیشگیری از خودکشی، حل مسئله، مدیریت خشم و مدیریت استرس بود. سی‌ویک دانش‌آموز از گروه مداخله و ۳۱ دانش‌آموز از گروه کنترل به‌طور تصادفی انتخاب شدند تا بعد از اتمام برنامه‌ی آموزشی در یک مداخله‌ی رفتاری شرکت کنند. دو داور مستقل بخش‌های ضبط‌شده از سناریوهایی را مشاهده کردند که دانش آموزان با یک همبازی خودکشی[۱] در آن ایفای نقش کرده بودند. بعدازاین مرحله، داوران عملکرد دانش آموزان را ارزیابی کردند. دانش‌آموزان مهارت‌های مداخله‌ی پیشگیری از خودکشی و توانایی حل مسئله‌ی همسالان خود را نیز درجه‌بندی کردند.

به علت فرسایش[۲] و تفاوت بین گروه مداخله و کنترل، محققان، دانش‌آموزان را بر اساس احتمال خودکشی و ناامیدی در ۳۱ جفت، همتا کردند. نتایج نشان داد که دانش‌آموزان در گروه مداخله به شکلی معنادار، احساس ناامیدی کمتری را بعد از شرکت در برنامه گزارش کردند. علاوه بر این محققان دریافتند دانش‌آموزان گروه مداخله تمایل کمتری به خودکشی داشتند ولی این نتایج معنادار نبود. البته دانش‌آموزان در گروه مداخله، مهارت‌های پیشگیری از خودکشیِ بیشتری را نشان دادند. همچنین، پژوهشگران سطح بالاتری از مهارت حل مسئله را در گروه مداخله گزارش کردند، هرچند معنادار نبود. در رابطه با درجه‌بندی همسالان از یکدیگر، تفاوت‌های معناداری در بین دو گروه وجود نداشت.

نتایج این تحقیق نشانه‌هایی از اثربخشی برنامه آموزشی تقویت مهارت‌های زندگی زونی را آشکار کرد. باوجودی که به علت اندازه کوچک گروه نمونه و نبود انتخاب تصادفی، این تحقیق محدودیت‌های روش‌شناختی داشت، اما مقیاس‌های بکار گرفته‌شده در آن دارای روایی و پایایی بودند.

نتایج حاکی از آن است که برنامه‌ی آموزشی تقویت مهارت‌های زندگی زونی می‌تواند ناامیدی را در دانش‌آموزان دبیرستانیِ سرخپوست آمریکایی کاهش داده و مهارت‌های پیشگیری از خودکشی را در آنان افزایش دهد. گرچه برای مستند کردن اثربخشی این برنامه، تحقیقات بیشتر همراه با روش‌شناسی دقیق‌تر لازم است. ورای نتایج، محققان در مورد به‌کارگیری برنامه‌ی مداخله‌ای در یک بافت مشخص فرهنگی مطالب زیادی آموختند. پژوهشگران مشکلاتی را توصیف کردند که با آنان مواجه شدند؛ ایجاد همکاری با رهبران محلی و جلب اعتماد اعضا محله، آموختن کار کردن به شیوه‌ای حرفه‌ای و با تسلطِ فرهنگی برای افزایش تأثیر برنامه، از جمله این مشکلات بود (لافرامبویز و لُوییز، ۲۰۰۸).

---

[۱]. Suicidal confederate

[۲]. attrition

برنامه‌ی تمرین ورزشی نوجوانان و یادگیری اجتناب از استروئیدها[1]

برنامه‌ی تمرین ورزشی نوجوانان و یادگیری اجتناب از آستروئیدها به‌منظور بر حذر نمودن ورزشکاران دبیرستانی از به‌کارگیری استروئیدها یا دیگر مواد برای افزایش مهارت‌های ورزشی، طراحی شد (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۰۰). این برنامه‌ی آموزش–محور، اطلاعات و مهارت–آموزی هایی را ارائه می‌کند تا ورزشکاران، ابزارهای ضروری برای مقاومت در برابر مصرف استروئید و دیگر مواد را دریافت کنند. این برنامه بر اساس تئوری یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶) یک گروه ورزشی (مثل تیم فوتبال) به‌عنوان یک واحد اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. تمرین ورزشی نوجوانان و یادگیری اجتناب از استروئید ها مشتمل بر برنامه‌ی آموزشی کلاسی مبتنی بر بحث‌های گروهی نسبتاً کوچک برای جایگزینی استروئیدهای تزریقی[2] و مصرف الکل و دیگر مواد و پیامدهای مصرف آن مواد و به‌کارگیری ایفای نقش در آموزش مهارت‌های خودداری از مواد است. علاوه بر این، دانش‌آموزان در جلسات آموزش مهارت کار با وزنه، شرکت کردند که تغذیه‌ی صحیح و فن‌های تمرین‌های قدرتی را می‌آموختند. آموزشگران همسال، مربیان خصوصی و مربیان بدن‌سازی مداخله را ارائه و تسهیل کردند.

در یک بررسی تصادفی، ۳۱ دبیرستان شمال غربی پاسیفیک همتا شدند و طی سه فصل فوتبال (۱۹۹۴–۱۹۹۶) در گروه آزمایشی برنامه‌ی ذکرشده (تعداد: ۱۵ مدرسه) و گروه کنترل (تعداد: ۱۶ مدرسه) قرار گرفتند. تمامی دانش‌آموزان که طی سه سال در برنامه‌های فوتبال شرکت کرده بودند، به کار گرفته شدند و ۱۱۴۵ دانش‌آموزِ پسر، این برنامه را دریافت کردند. گروه کنترل (تعداد: ۱۳۷۱) فقط کتابچه‌هایی را در رابطه با اثرات نامطلوب استفاده از استروئید و تغذیه‌ی صحیح ورزشی دریافت کردند. هر سه گروه همگن (برای مثال، ۱۹۹۴–۱۹۹۶) در برنامه‌ی مذکور و دانش‌آموزان گروه کنترل، قبل و بعد از فصل فوتبال، پرسشنامه‌های خود–گزارشی را جواب دادند. گروه همگن اول و دوم (۱۹۹۵–۱۹۹۶) پرسشنامه‌ی پیگیری یک‌ساله‌ای را نیز جواب دادند. این مقیاس‌های خود –گزارشی، نگرش‌ها و رفتارهای مربوط به مصرف استروئید و الکل و دیگر مواد را مورد سؤال قرار دادند. دانش‌آموزان پرسشنامه‌ها را به شیوه‌ای ناشناس جواب دادند.

نتایج مربوط به مداخله‌ی تمرین ورزشی نوجوانان و یادگیری اجتناب از استروئیدها نشان داد، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این برنامه در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل، به شکلی معنادار تمایل کمتری به مصرف واقعی استروئیدهای تزریقی داشتند. در پیگیری یک‌ساله، تمایل دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه به مصرف استروئیدها و الکل به شکلی معنادار پایین‌تر باقی ماند. استفاده از مواد دیگر، شامل الکل و ماری‌جوانا، در دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این برنامه در پیگیری یک‌ساله کاهش یافت؛ گرچه به شکل معنادار کم‌تر از پایان

. Adolescents Training and Learning Avoid Stroids۱

. Anabolic Streoid۲

فصل نبود. دانش‌آموزان این گروه در مقایسه با دانش‌آموزان گروه کنترل در پایان فصل و پیگیری یک‌ساله، تغذیه‌ی بهتر و افزایش در خود-کارآمدی با به‌کارگیری تمرین‌های قدرتی را گزارش کردند. علاوه بر این در بین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل میزان رانندگیِ بعد از مشروب‌خواری، بعد از یک سال پیگیری، کاهش نشان داد.

در تحقیقی جدیدتر درباره‌ی این برنامه، فریتز و همکاران (۲۰۰۵) متوجه تعامل پایدار خط پایه × درمان در آگاهی از اثرات مصرف استروئید و تمایل به استفاده از استروئیدها توسط ورزشکارانی شدند که در برنامه شرکت کردند. این نتایج حاکی از آن است که در مقایسه‌ی بین ورزشکاران، این برنامه برای آن دسته از ورزشکارانی مفید است که در معرض خطر مصرف استروئید هستند؛ به‌ویژه اگر اطلاعات کمتری درباره‌ی استروئیدها داشته و تمایل بیشتری برای استفاده داشته باشند.

تمرینات ورزشی نوجوانان و یادگیری اجتناب از استروئیدها، مداخله‌ی پیشگیرانه‌ی بی‌نظیری در ورزشکاران دبیرستانی است. این برنامه در کاهش مصرف استروئیدها و دیگر مواد، اثربخش بوده است. برنامه ذکرشده موضوع مهمی را موردتوجه قرار می‌دهد که مربوط به ورزشکاران دبیرستانی است. پیشگیری از مصرف استروئیدها می‌طلبد که آموزشگران و افرادی نظیر مربیان و آموزشگران ورزشی، توجه ویژه‌ای را معطوف به نوجوانان نمایند. این برنامه شامل مؤلفه‌های کلاسی و یادگیری تجربی برای افزایش دانش درباره‌ی استروئیدها و دیگر مواد است؛ ضمن این‌که درباره‌ی تغذیه و تمرین‌های ورزشی قدرتی نیز آموزش می‌دهد.

مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها

باوجودی که مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها سال‌هاست که برنامه‌ها و مداخلات پیشگیری را طراحی و اجرا کرده‌اند، تقریباً فقط ۲۰ مداخله‌ی پیشگیری که برای جوانان و دانشجویان طراحی‌شده از طریق بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد (تا آوریل ۲۰۱۳) بررسی‌شده و توصیه‌شده است که ترویج شوند. برخی از این برنامه‌ها بسط برنامه‌هایی است که در ابتدا برای دانش‌آموزان کوچک‌تر طراحی‌شده بوند. ممکن است یک دلیل برای ناچیز بودن نسبی برنامه‌هایی که توسط بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد فهرست شده است، این باشد که برنامه‌های پیشگیریِ طراحی‌شده در دانشگاه‌ها به علت نیاز به جلوگیری از شدت گرفتن یک مشکل بوده است و کارکنان مطلع دانشگاه، مداخلاتی را در چارچوب موقعیت شغلی‌شان اجرا کرده‌اند. علاوه بر این، ممکن است مداخله کنندگان پیشگیری در دانشگاه‌ها، فاقد منابع اجرای ارزیابی‌های مبتنی بر شواهد باشند که بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد آن‌ها را اجباری کرده است. در ضمن، به لحاظ تاریخی، در رقابت حمایت‌های مالی دولتی و ایالتی برای ارتقای سلامت و پیشگیری، اولویت بالاتری برای مداخلات پیشگیرانه در

کودکان و نوجوانان در نظر گرفته می‌شود. یک استثنا، قانون یادبود گَرت لی اسمیث[۱] است. در سال ۲۰۰۴ برای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها، اعتبار مالی مصوب شد. قانون یادبود گَرت لی اسمیث که توسط اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد پذیرفته شد، جز اولین برنامه‌های حمایت مالی در پیشگیری از خودکشیِ جوانان است. تصویب مجدد این برنامه با گسترش پوشش برای خدمات سلامت روان در دانشگاه‌ها، در سال ۲۰۱۳ به کنگره ارائه شد و در انتظار تصویب نهایی است (برای آگاهی از وضعیت قانون نگاه کنید به:(http://www.govtrack.us/congress/bills/۱۱۳/s۱۱٦). در ادامه‌ی این فصل، اهمیت پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها بررسی می‌شود، چراکه خودکشی دلیل اصلی مرگ در بین جوانان است و قانون یادبود گَرت لی اسمیث، امکاناتی را برای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی فراهم می‌کند تا از پیشگیری از خودکشی حمایت مالی کنند.

در این بخش، سه برنامه‌ی مشخص پیشگیری بررسی می‌شوند که توسط بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد انتخاب‌شده است. این برنامه‌ها مسائل مهم در فضاهای دانشگاهی را مدنظر قرار می‌دهند: برنامه‌ی پیشگیری همگانی ارتقای سلامت، برنامه پیشگیری از مواد و الکل در دانشگاه و یک برنامه‌ی پیشگیری انتخابی برای دانشجویانی که در معرض افسردگی قرار دارند. ازآنجایی‌که افسردگی، دانشجویان را در معرض خودکشی قرار می‌دهد، در این فصل بحث در رابطه با اهمیت پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها و نمونه‌ای از برنامه‌ی آموزشی پیشگیری از خودکشی برای مشاوران ساکن در دانشگاه ارائه می‌شود.

برنامه‌ی تناسب[۲]

برنامه‌ی *تناسب* یک برنامه‌ی منسجمِ پیشگیریِ همگانی برای کاهش سوءمصرف مواد و ارتقای تندرستی و سلامت روان است. اساس این برنامه مدل تصویر رفتار[۳] است که برای برانگیزاندن دانشجویان، از یک جلسه‌ی ۳۰ دقیقه‌ای استفاده می‌کند تا دانشجویان رفتارهای سالم را برای رسیدن به تصویر آتی خود دنبال کنند. این برنامه به شکلی مشخص فعالیت بدنی، عادات تغذیه، مدیریت استرس، خواب کافی و اجتناب از الکل و مواد را هدف قرار می‌دهد. برنامه‌ی تناسب توسط فرد درگیر در آن سنجش می‌شود که عادت‌های بهداشتی و تصویر از خود، قبل از مشاوره‌ی فردی را شامل می‌شود. طی مشاوره فردی کوتاه‌مدت، دانشجویان در مورد خود–ارزیابی و طراحی برنامه برای رسیدن به اهداف خود، بازخورد دریافت می‌کنند. ورچ[۴] و همکاران (۲۰۰۸) ۳۰۳ دانشجوی

. The Garrett Lee smith Memorial Act۱

. Inshape۲

. Behavior Image Model۳

. werch۴

شرکت‌کننده در این مداخله را با دانشجویان گروه کنترل مقایسه کردند. دانشجویانی که برنامه‌ی تناسب را دریافت کردند در چندین شاخص بهبود یافتند که شامل کاهش مصرف الکل و ماری‌جوانا، بهبودی در خواب و دیگر شاخص‌های وابسته به سلامت در کیفیت زندگی بود. البته گروه مداخله و کنترل تفاوتی در مصرف سیگار، ورزش و عادات غذایی نداشتند. مصاحبه‌ی انگیزشیِ مختصر، یکی از اجزای مداخله است. بااین‌وجود، ارزیابی‌هایی بیشتری در این مداخله ضروری است تا به شکلی دقیق‌تر اثربخشی آن بر روی سلامتی و تندرستی دانشجو ارزیابی شود.

برنامه‌ی به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه

به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه یک برنامه‌ی پیشگیری همگانی است که به‌منظور کاهش مصرف الکل در دانشگاه آریزونا اجرا می‌شده است. این برنامه از نمونه‌ای الگوبرداری شد که در دانشگاه ایلینویز شمالی برای کاهش مصرف مشروب در آن دانشگاه اجرا می‌شد. به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه، بر اساس اصول هنجارهای اجتماعیِ سلامتی و مدیریت محیط دانشگاه در رابطه با مصرف الکل است (گلایدر و همکاران، ۲۰۰۱؛ جانسِن، گلایدر، کالینز، هُوستِن و دیانگ[۱]، ۲۰۰۱). به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه برنامه‌ای فراگیر[۲] و بوم‌شناختی است که نظریه‌ی یادگیری اجتماعی را لحاظ می‌کند تا (الف) تمام محیط دانشگاه را در رابطه با خطرات مرتبط با مصرف الکل آموزش دهد، (ب) خودداری از مصرف تشویق شود و مصرف الکل در داخل و خارج از دانشگاه زیر نظر باشد و (ج) برای آموزش در مورد مصرف و سوءمصرف الکل از کارزارهای روزنامه‌ای در دانشگاه استفاده شود. اهداف اساسی برنامه‌ی به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه عبارت‌اند از تغییر درک دانشجو در رابطه با هنجارهای اجتماعی دانشگاه در مورد مصرف الکل و آموزش به همه‌ی اعضای دانشگاه درباره‌ی خطرات مصرف الکل.

برنامه‌ی به چالش کشیدن مصرف الکل بر تمامی محیط دانشگاه تمرکز دارد تا بدین‌وسیله پیشگیری از مصرف و سوءمصرف الکل را موردحمایت قرار دهد. درنتیجه، به چالش کشیدن مصرف الکل یک برنامه‌ی پیشگیری همگانی در نظر گرفته می‌شود و برای همه‌ی دانشجویان، کارکنان و اعضا هیئت‌علمی قابل‌استفاده است. این برنامه دارای مزایای قابل‌توجهی است چراکه نه‌تنها برای کسانی که در معرض خطر مصرف و سو مصرف الکل هستند بلکه به‌عنوان برنامه‌ای فراگیر برای تمام محیط دانشگاه کاربرد دارد. دانشجویان دانشگاه در سن قانونی یا زیر سن قانونی مصرف مشروب هستند و ضروری است که اقدامات پیشگیری از الکل، تمامی گروه‌های سنی دانشجویان را پوشش دهد. در یک مطالعه‌ی اولیه، گلایدر و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند که

. Hueston, & DeJong۱

. systemic۲

نرخ مشروب‌خواری افراطی در یک دوره‌ی سه‌ساله‌ی اجرای برنامه‌ی به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه تا ۲۹٪ کاهش یافت.

در تحقیقی که مربوط به برنامه‌ی به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه بود، وِست و گراهام (۲۰۰۵) به بررسی فعالیت‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد در تمامی مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌های ایالت ویرجینیا پرداختند. محققان دریافتند که گرچه ۸۰٪ از مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها، به‌طور رسمی حمایت مالی از برنامه‌های سوءمصرف را حفظ کردند، ولی رایج‌ترین برنامه‌ها، نظیر کارزار آگاهی از مواد و برنامه‌های فضای دانشگاه از اثربخشی پایینی برخوردار بودند. باوجودی که این نظرسنجی فقط در یک ایالت انجام شد، پژوهش‌های مشابه می‌تواند به تقویت تلاش‌های پیشگیری در دیگر مناطق جغرافیایی کمک کند. برای مثال، وِست و گراهام، مداخلات پیشگیری فراگیر اندکی را یافتند که شبیه به مواردی که در برنامه‌ی به چالش کشیدن مصرف الکل در دانشگاه مطرح شد، هنجارهای اجتماعی دانشگاه درباره مشروب‌خواری و فروش الکل در دانشگاه را مدنظر قرار داده باشند. هرچند ممکن است مداخلات فراگیر در دانشگاه‌ها مؤثرتر واقع شوند، ولی اطلاعات حاصل از ارزیابی اثربخشی آنان ناکافی است.

برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری پِن برای دانشجویان[1]

برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری پن برای دانشجویان به‌عنوان یک مداخله‌ی پیشگیری انتخابی در بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد فهرست شده است. این برنامه که ویژه‌ی دانشجویان در معرض افسردگی است، بر اساس رویکرد شناختی رفتاری (برای مثال، بِک، ۱۹۷۶) طراحی شده است. مهارت‌های رفتاری شناختی که به شکل کارگاهی آموزش داده می‌شوند شامل آموزش درباره‌ی ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار و چگونگی شناسایی و کاهش افکار خود آیند منفی در افسردگی است. دانشجویان در رابطه با مهارت‌های جرئتمندی، فنون آرمیدگی و مهارت‌های بین فردی نیز آموزش می‌بینند. برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری پن، مداخله‌ی پیشگیرانه مهمی در دانشجویان است چراکه افسردگی، افراد را در معرض خودکشی قرار می‌دهد و خودکشی دلیل اصلی مرگِ جوانان است.

سلیگمن، شولمن، دی رابیز و هالِن (۱۹۹۹) گزارش کردند دانشجویانی که شدیداً در معرض خطر افسردگی قرار داشتند و در اولین برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری پن شرکت کردند، طی ۳ سال پیگیری، دوره‌های افسردگی و اضطراب منتشر[2] کمتری را گزارش کردند. علاوه بر این، دانشجویان در سبک تبیینی[3]، ناامیدی، نگرش‌های

---

[1]. Penn Resilience Training for College Students

[2]. Generalized anxiety

[3]. Explanatory style

ناکارآمد و سلامت بدنی خود بهبودی‌هایی را گزارش کردند. باوجودی که میزان بهبودی در سطح دوره‌ی سه‌ساله‌ی پیگیری باقی ماند، ولی نسبت به پس از دوره کاهش یافت.

چند سال بعد، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۷) تحقیق اولیه در مورد برنامه‌ی آموزش تاب‌آوری پن برای دانشجویان را همراه با افزودن مطالب تکمیل‌کننده‌ی مبتنی بر شبکه[۱] و ایمیل‌های حاوی پیام‌های آموزشی برای تقویت اثرات بلندمدت برنامه تکرار کردند. از همه‌ی دانشجویان سال اول برای شرکت در این برنامه دعوت شد. آنان بر اساس میزان افسردگی‌شان واجد شرایط بودند. میزان افسردگی با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک ارزیابی شد(پرسشنامه‌ی افسردگی بک؛ بک، وارد، مِندِلسِن، ماک و اِرباو، ۱۹۶۱). دویست و چهل دانشجو واجد معیار شدند و به شکل تصادفی در گروه‌های درمان و کنترل قرار گرفتند. دانشجویان هر دو گروه، مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و رضایت از زندگی را در بدو تحقیق تکمیل کردند. دانشجویانِ گروه مداخله به مدت هشت هفته و در هر هفته در دو جلسه‌ی گروهی یک‌ساعته شرکت کردند. نظیر مطالعه‌ی اولیه (سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۹)، موضوعات کارگاه شامل اطلاعات و تقویت مهارت بر اساس نظریه رفتاری شناختی بود. بعد از کارگاه، شرکت‌کنندگان به مطالب تکمیلی موجود در شبکه دسترسی داشتند و از مربیان کارگاه خود پیام‌های ایمیلی دریافت می‌کردند. مطالب تکمیلی مبتنی بر شبکه، شامل مواردی بود که اطلاعات و مهارت‌های یاد گرفته‌شده طی کارگاه آموزشی مرور و تقویت شود. پیام‌های ایمیلی به شکلی منظم زمان‌بندی‌شده بودند و تقریباً طی شش ماه و هرماه یک پیام برای تقویت و آموزش اطلاعات و مهارت‌هایی که در ابتدا دانشجویان یاد گرفتند، توسط آموزشگران کارگاه ارائه شد. آموزشگران در هر دو گروه، ارزیابی‌های بعد از مداخله را تکمیل کردند و محققان برای پیگیری دانشجویان به مدت سه سال بعد از اجرا، برنامه‌ریزی کردند.

نتایج مداخله‌ی پیشگیری سلیگمن و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که در پایان کارگاه، دانشجویان در گروه مداخله در مقایسه با دانشجویان گروه کنترل به شکلی معنادار، علائم افسردگی و اضطراب کمتر و رضایت زندگی، شادی و خوش‌بینی بیشتری را گزارش کردند. این نتایج در پیگیری شش‌ماهه ثابت ماند. البته در این پیگیری، دوره‌های افسردگی و اضطراب در بین گروه مداخله و کنترل تفاوتی نداشت. تحلیل‌ها نشان داد که سبک تبیینیِ خوش‌بینانه‌ی دانشجویان، میانجی کاهش علائم افسردگی و اضطراب شد و شادی و رضایت را افزایش داد، اما خوش‌بینی منجر به کاهش دوره‌های افسردگی و اضطراب نشد. به شکلی تعجب‌آور، عده‌ی کمی از دانشجویان از مطالب مبتنی بر شبکه استفاده کردند و به‌ندرت دانشجویی از طریق ایمیل با مربی خود مشورت کرد. گرچه رسانه‌های جمعی و الکترونیک در حال حاضر در مقایسه با زمان شروع تحقیق، راحت‌تر در دسترس هستند و درنتیجه باید دید که آیا فن‌آوری می‌تواند در آینده تأثیر این برنامه را افزایش دهد.

---

[۱]. Web-based

آموزش تاب‌آوری پن محدود به دانشجویان نشده است. این برنامه برای استفاده در گروه‌های دیگر نظیر کارکنان نظامی (رایویش[۱]، سلیگمن و مک براید، ۲۰۱۱) و نوجوانان (برانواسر[۲]، گیلیهام و کیم، ۲۰۰۹) متناسب شده است. به‌عنوان نمونه، برانواسر و همکاران بر اساس ۱۷ مطالعه‌ی کنترل‌شده و حدود ۲۵۰۰ نوجوان، یک تحلیل عاملی را اجرا کردند. محققان گزارش کردند در مقایسه با نوجوانانی که مداخله‌ای دریافت نکردند، دریافت‌کنندگان آموزش، بعد از ۱۲ ماه، کاهش مختصری در علائم افسردگی نشان دادند. البته در رابطه با تشخیص افسردگی بین گروه کنترل و تجربی تفاوتی وجود نداشت. بااین‌وجود محققان نشان دادند که آموزش تاب‌آوری پن کاهش مختصری را در علائم افسردگی نوجوانان فراهم کرد. در مقایسه با دیگر مدل‌های ارتقای سلامت روان، مطالعات بیشتری نیاز است تا اثربخشی این برنامه و کاربرد آن به‌عنوان یک مداخله‌ی پیشگیری همگانی در افسردگی، ارزیابی شود.

پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها

خودکشی، نگرانی اساسی در سلامت عمومی است. مراکز کنترل بیماری‌ها (۲۰۱۲) خودکشی را به‌عنوان سومین دلیل اصلی مرگ در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ سال فهرست کرده است که ۲۰٪ از مرگ سالیانه این گروه سنی محسوب می‌شود. خودکشی، دهمین دلیل اصلی مرگ در همه‌ی گروه‌های سنی است. ساری، دِکاسترو، نیومن و میلس[۳] (۲۰۰۸) مطرح کردند برنامه‌های پیشگیری از خودکشی مقرون‌به‌صرفه بوده و از مرگ‌های دل‌خراش و زودهنگام پیشگیری می‌کنند که این امر نیز به‌نوبه‌ی خود به جامعه سود می‌رساند. همچنین، مراکز کنترل بیماری‌ها گزارش می‌کند که برای هر خودکشی منجر به فوت در نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله، ۱۰۰ تا ۲۰۰ اقدام به خودکشی وجود دارد. به‌رغم آمارهای هشداردهنده درباره‌ی خودکشی‌های منجر به فوت در بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی و مواردی که فرد، جان سالم به درمی‌برد، برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در مؤسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها کم است و برنامه‌های بیشتری موردنیاز است (وِستفِلد و همکاران، ۲۰۰۵). خدمات مشاوره‌ای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در وضعیت‌های اضطراری و بحرانی، ویزیت‌های مشاوره‌ای بدون وقت قبلی[۴] و خطوط تلفن اضطراری را به دانشجو ارائه می‌کنند، ولی این خدمات معمولاً وقتی موجودیت می‌یابند که دانشجو گرفتار شده است. باوجودی که مؤسسات آموزش عالی به‌منظور کاهش استرس، اضطراب و افسردگی، برنامه‌های پیشگیری را ارائه می‌کنند، ولی برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها در مقایسه با دبیرستان‌ها بسیار کمتر ارائه می‌شود.

---

۱. Reivich

۲. Brunwasser

۳. Sari, De Castro, Newman, & Mills

۴. In-walk

پاسکو، والاک، سارتین و دِیتِن (۲۰۱۲) اثربخشی آموزش با مشاوران ساکن در دانشگاه برای شناسایی دانشجویان در بحران، به‌ویژه دانشجویان در معرض خطر خودکشی را ارزیابی کردند. محققان، آموزش تعلیمی[۱] یک و نیم‌ساعته را با آموزش سه‌ساعتی مقایسه کردند که شامل آموزش تعلیمی به‌علاوه‌ی فعالیت‌های تجربی متمرکز بر آموزش مهارت‌های ارتباطی و تمرین این مهارت‌ها بود. آموزش تعلیمی شامل اطلاعاتی در مورد نرخ شیوع خودکشی، علائم هشدار و راهبردهایی برای مداخله در دانشجویانی بود که گمان می‌رفت دارای افکار خودکشی باشند. مشاوران هر دو گروه، دو مقیاس را جواب دادند که پاسخ آنان را به بحران‌های احتمالی، موقعیت‌های خودکشی، خود-کارآمدیِ مربوط به مهارت‌های آنان و دانش حدفاصل بحران و موقعیت‌های بالقوه انتحاری را ارزیابی می‌کرد. به دنبال آموزش، هردو گروه از مشاوران در مقایسه با مقیاس‌های پایه، در نمرات هر دو مقیاس پیشرفت نشان دادند. گرچه، گروهی که آموزش تعلیمی به‌علاوه‌ی آموزش تجربی را دریافت کردند در مقیاس‌های پاسخ‌دهی به بحران و موقعیت خودکشی و خود-کارآمدیِ مرتبط با موقعیت، پیشرفت بیشتری نشان دادند. این نمونه از مداخله‌ی پیشگیری از خودکشی در دانشگاه، نیاز مبرم به آموزش‌های روان‌شناختی به مشاورانی را مطرح می‌کند که در جایگاه پاسخ‌دهی سریع به دانشجویان در معرض خودکشی هستند. ارزیابی آموزش کوتاه‌مدت ذکرشده، ارزشِ آموزشِ مبتنی بر تمرینِ مهارت‌های تجربی، همراه با اطلاعات آموزشی برای تقویت یک مداخله‌ی پیشگیری از خودکشی را نشان می‌دهد.

برنامه‌های پیشگیری از خودکشی شکل‌های مختلفی می‌گیرند. در نوع همگانیِ پیشگیریِ از خودکشی، می‌توان به‌وسیله‌ی شبکه‌های اجتماعی و اینترنتی، در رابطه با خودکشی برای همه‌ی اعضای دانشگاه، اطلاعات ارائه کرد. اطلاعات مذکور درباره‌ی شیوع خودکشی، علائم هشدار، عوامل خطر، ملاحظات فرهنگی و منابع سلامت روان برای دانشجویانِ در معرض خودکشی است. برنامه‌های پیشگیری از خودکشی که به کمک همسالان دوره‌دیده و پیرا پیشه‌ها ارائه می‌شوند، همان‌گونه که در توضیحات بالا در رابطه با آموزش مشاوران نشان داده شد، مفید است چراکه آنان می‌توانند به بقیه‌ی دانشجویان درباره‌ی خودکشی آموزش دهند؛ دانشجویانی را که ممکن است در معرض خطرِ خودکشی باشند شناسایی کنند؛ ارجاعات ضروری به متخصصان را فراهم نمایند و تا زمان ارتباط‌گیری متخصصان با دانشجویان در معرض خطر، یاری رسانند. کارکنان دانشگاه (نظیر اعضا هیئت‌علمی، مشاوران و کارکنان خوابگاه) ممکن است از روش‌های مختلفی نظیر فعالیت‌های کلاسی، جلسات مشاوره، تغییر در رفتار یا لباس پوشیدن، گزارش از طرف افراد دیگر، به افکار خودکشی دانشجو مشکوک شوند یا شناسایی این موارد را یاد بگیرند. ارائه برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در دانشگاه‌ها به دانشجویان و کارکنان بسیار مهم است زیرا درباره احتمال خودکشی افراد مطلع شده و منابع قابل‌استفاده‌ی دانشگاه در موقعیت‌های بحرانی شناسایی می‌شود.

---

۱. Didactic training

خلاصه

در این فصل فقط نمونه‌ی کوچکی از تعداد بسیار زیادی از برنامه‌های پیشگیری که طی سال‌های تحصیل از پیش از مهدکودک تا پایان دبیرستان ارائه می‌شوند، مطرح شد. چندین مورد از برنامه‌های مرور شده در این فصل، توسط بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد بررسی‌شده‌اند، حال‌آنکه بقیه‌ی برنامه‌ها توسط دیگر سازمان‌ها شناسایی‌شده‌اند. البته برای نشان دادن اثربخشی یک برنامه، پژوهش‌های بیشتری نیاز است، به‌ویژه در آن دسته از مداخلات پیشگیری که برای دانش‌آموزان مدارس و دانشجویان اجراشده‌اند. احتمالاً به دلیل فراهم بودن اعتبارات مالی در حمایت از مداخلات پیشگیری در کودکان، به‌ویژه کودکان طبقه‌ی کم‌درآمد، تعداد برنامه‌های پیشگیریِ مبتنی بر شواهد، در مدارس ابتدایی در مقایسه با دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها، بیشتر است. گرچه برخی از برنامه‌ها، دوره‌ی پیگیری طولانی‌تری دارند، ولی اکثر آنان از این وضعیت برخوردار نیستند و درنتیجه اثربخشی آنان در تقویت تغییرات ثابت رفتاری مشخص نیست. علاوه بر این، بیشتر اطلاعات آزمایشی، مبتنی بر مقیاس‌های خود–گزارشی است. برخی از برنامه‌های مرور شده، چارچوب نظری را توصیف می‌کنند و در مابقی، این موضوع کمتر روشن است. بااین‌وجود، این فصل طیفی از برنامه‌ها و فعالیت‌های پیشگیریِ مدرسه–محور را بررسی کرد که برای پیشگیری و یا کاهش بروز آسیب‌های اجتماعی و افزایش سلامتی و آسایش طراحی شده‌اند.

فصل ۷

کاربرد پیشگیری در اجتماع و فضاهای پزشکی

پیشگیری در محلات

مداخلات پیشگیریِ اجتماع-محور در بافت‌های محله‌ای، گروه‌های جمعیتی مختلف و با موضوعات متنوع اجراشده است. حوزه‌های موضوعی عبارت‌اند از: پیشگیری از خودکشی در نوجوانان (پارکر و همکاران، ۲۰۰۹)، پیشگیری از مصرف مواد (فاگان، هانسِن، هاوکینز و آرتور، ۲۰۰۸؛ ساکس[1] و همکاران، ۲۰۰۶)، پیشگیری از افسردگی و اضطراب در نوجوانان و جوانان (کریستِنسن، پالیستر، اِسمِیل، هایکی و کالیر[2]، ۲۰۱۰؛ گاربر و همکاران، ۲۰۰۹)، پیشگیری از تجاوز و خشونت خانگی (تاونسِند، کامپبل[3]، ۲۰۰۸؛ یاک و اُمِن-اِرلی[4]، ۲۰۰۹)، پیشگیری از خشونت در نوجوانان (اُمِمُوتو[5] و همکاران،۲۰۰۹؛ زِلدین، ۲۰۰۴)، ارتقای بهداشت و تندرستی (ای.اُو. لی، ۲۰۰۷؛ پیترز، پِترانکا و آرنولد، ۲۰۰۳؛ راینِولد، وِستهاف و هاپمن-راک، ۲۰۰۳)، افسردگی در سالمندان و پیشگیری از خودکشی در آنان (بِلیزر، ۲۰۰۲؛ اُیاما، کِویدا و کِدُو[6]، ۲۰۰۴) و پیشگیری از اچ‌آی‌وی / ایدز (کاپوندا و همکاران، ۲۰۰۷؛ تاکاهاشی، کاندِلاریو، یانگ و مِدیانو، ۲۰۰۷).

نمونه‌هایی از برنامه‌های پیشگیری اجتماع-محور در این بخش مرور می‌شوند. موارد ارائه‌شده با توجه به جامعه و محله‌ی ارائه خدمت، موضوعات مداخله، یا شواهد اثربخشی مداخلات انتخاب شدند. در بخش‌های دیگری از این فصل، مداخله‌های اجتماع-محورِ پیشگیری از افسردگی و اضطراب در نوجوانان و بزرگ‌سالان مرور

. Saxe۱

. Christensen, Pallister, Smale, Hickie, & Calear۲

. Townsend & Cmpbell۳

. Yick & Oomen-Early۴

. Umemoto۵

. Oyama, Koida, & Kudo۶

می‌شود. مداخلات پیشگیریِ ارائه‌شده طیفی از موضوعات پیشگیری را شامل می‌شود. براین اساس، حوزه‌های یک آسیب در دوره‌های مختلف زندگی از اوایل نوجوانی تا سالمندی مدنظر قرار می‌گیرند.

برنامه‌ی شروع بهتر، آینده‌ی بهتر[1]

برنامه‌ی شروع بهتر، آینده‌ی بهتر یک برنامه‌ی پیشگیریِ جامع همگانی برای کودکانِ مدارس ابتدایی و خانواده‌های آنان است. هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات هیجانی و رفتاری دوره‌ی کودکی، ارتقای رشد کلی و مثبت کودکان و تقویت ویژگی‌های خانوادگی و همسایگی در ایالت انتاریو در کشور کانادا است (پیترز و همکاران، ۲۰۰۳). این برنامه به‌واسطه‌ی مفاهیم نظریِ رشد مثبت نوجوان، غنی‌سازی فراگیر محله‌ای و اقدامات سیاست‌گذارانه برای ارتقای رشد سالم در دوره کودکی و نوجوانی پشتیبانی می‌شود. برنامه برای اولین بار در سال ۱۹۹۰ در کانادا مطرح شد. این برنامه، از نوع پیشگیری درازمدت و پژوهشی است که اثربخشی پیشگیری را به‌عنوان برنامه‌ای برای کودکان، از پیش‌دبستان تا اوایل مقطع ابتدایی ارزیابی می‌کند (پیترز و همکاران، ۲۰۰۳). برای اجرای برنامه، محله‌هایی با ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی پایین‌تر تأمین اعتبار شدند. البته همه‌ی اعضا محله می‌توانستند در برنامه شرکت کنند.

به‌منظور کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری در کودکان، تقویت خانواده‌ها و محله، اقداماتی نظیر جلب حمایت سازمان‌های محلی با هدف برنامه‌ریزی برای کودکان، تشویق والدین و ذینفعان در مشارکت برای اجرا و گسترش برنامه و ایجاد همکاری بین مدارس و ارائه‌دهندگان برنامه در اجتماع، به محله‌های انتخاب‌شده اعطا شد. قرار شد برای محله‌های تأمین اعتبارشده مدل پیشگیری طراحی شود که برای محقق کردن اهداف خود مؤثرترین برنامه باشد. درنتیجه، برنامه‌ی شروع بهتر، آینده‌ی بهتر، برنامه‌ای نیست که مناسب همه اجتماعات باشد، ولی در عوض، مجموعه‌ای از اهداف و مقاصد را برای محله‌ها ارائه می‌کند تا برنامه‌ها و فعالیت‌های ویژه خود را به‌گونه‌ای طراحی کنند تا اهداف کلی برنامه به بهترین شکل حاصل شود.

پیترز و همکاران (۲۰۰۳) در رابطه با اثربخشی برنامه، تحقیقِ اجتماع-محوری را اجرا کردند. آنان سه مکان در ایالت انتاریو را بررسی کردند. در این تحقیق، کودکان و خانواده‌هایشان برای اولین بار در سال ۱۹۹۳ زمانی که بچه‌ها در مقطع پیش-کودکستان[2] بودند، در برنامه شرکت کردند. کودکان و خانواده‌های آنان به مدت پنج سال پیگیری شدند. گرچه برنامه‌ها تا حدودی در سه مکان ارزیابی، فرق داشتند، ولی همگی ترکیبی از برنامه‌های مدرسه-محور و برنامه‌های پیش و پس از مدرسه برای کودکان و والدین بود. فعالیت‌ها شامل جلسات غنی‌سازی کلاسی، برنامه‌ی فعالیت-محور برای کودکان و خانواده‌ها در مرخصی‌ها و تعطیلات مدرسه، برنامه‌های چند

. Better Beginnings, Better Futures۱

. prekindergarten۲

فرهنگی، بازدید در خانه و خوش‌آمد گویی به خانواده‌های جدید می‌شد. فعالیت‌های توسعه‌ی محله به‌ویژه دریکی از نقاط رایج بود که شامل توسعه‌ی پارک‌های محله‌ای و بهبود محیطی بود.

برنامه‌ی شروع بهتر، آینده‌ی بهتر به شیوه‌های مختلفی ارزیابی شد که شامل مقیاس‌هایی برای ارزیابی رشد و سلامت روان کودکان، عملکرد والد و خانواده و ویژگی‌های محله بود. علاوه بر این، تحلیل توسعه‌ی پروژه و تأثیرات اقتصادی آن نیز انجام شد.

اطلاعات طی یک دوره‌ی پنج‌ساله از سه مکان از طریق روش‌های کمی و کیفی جمع‌آوری شد. نتایج حاصل از رتبه‌بندی معلم و والد، کاهش اولیه در مشکلات هیجانی و رفتاری و افزایش در عملکرد اجتماعی را نشان داد. هرچند کارکرد شناختی کودکان، نشانه‌هایی از بهبودی را نشان نداد؛ اما در یک مکان در تعداد دانش‌آموزانی که برای خدمات ویژه‌ی آموزشی شناسایی‌شده بودند، کاهش عمده‌ای مشاهده شد. در چند شاخص دیگرِ مربوط به‌سلامتی کودک و والد نیز بهبودی دیده شد. برای مثال، در یکی از مکان‌ها، الگوی معناداری از کاهش مصرف سیگار و الکل در والدین مشاهده شد. در بین سه مکانی که بررسی شد، هیچ الگوی ثابتی از عملکرد والد و خانواده یافت نشد. البته در رابطه با کیفیت هم‌جوار بودن محله‌ها و مدارس، افزایش در رضایت دیده شد. در کل، نتایج حاصل از سه مکان در شاخص‌های مثبت، افزایش نشان داد، ولی در مقایسه با مکانی که از فعالیت‌های مدرسه–محورِ کمتر و برنامه‌های اجتماع–محور بیشتر استفاده کرد، دو مکانی که از برنامه‌ریزی مدرسه–محور اولیه استفاده کردند، رشد بیشتری را در چند شاخص نشان دادند.

برنامه‌ی جامعِ پیشگیریِ همگانیِ محله‌ای ذکرشده، نتایج مثبتی را نشان داده است و برای اجرا، مقرون‌به‌صرفه است (پیترز و همکاران، ۲۰۰۳). برنامه، مدل منحصربه‌فردی از متحد کردن ذی‌نفعان است که در یک محله به پرورش کودکان، خانواده‌ها و همسایگان سالم کمک می‌کند. گرچه اقدامات پیشگیریِ اجتماع–محوری نظیر برنامه‌ی ذکرشده در توسعه، اجرا و ارزیابی، پیچیدگی‌های زیادی نشان می‌دهد، ولی نتایج حاصل از تحقیق در سه مکانی که برنامه‌ی شروع بهتر، آینده‌ی بهتر در آنجا انجام شد، نشان می‌دهد که برنامه به‌عنوان برنامه‌ی پیشگیریِ اجتماع–محور در غنی‌سازی زندگی کودکان، نوجوانان، والدین و مراقبین آنان امیدوارکننده است.

در مقایسه‌ی بین کودکان، خانواده‌ها و محله‌هایی که در برنامه شرکت کردند، با محله‌هایی که ازنظر ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت شناختی با آنان همتا شدند، پیگیری گسترده‌ای انجام شد. اجرای این پیگیری با حضور کودکان و خانواده‌هایی صورت گرفت که برای اولین بار در سال ۱۹۹۳ در برنامه شرکت کرده بودند. این پژوهش زمانی انجام شد که کودکان در کلاس سوم (۸ تا ۹ سال)، کلاس ششم (۱۱ تا ۱۲ سال) و کلاس نهم (۱۴ تا ۱۵ سال) به سر می‌بردند (پیترز و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعه‌ی پیگیری، در عملکرد اجتماعی و عملکرد مدرسه در کلاس‌های ششم و نهم پیشرفت‌هایی را نشان داد. کودکان و نوجوانان در هر سه کلاس، مشکلات هیجانی کمتری را تجربه کردند. والدین افزایش حمایت اجتماعی و بهبودی در رضایت زناشویی و عملکرد خانوادگی را گزارش کردند. علاوه بر این، تأثیرات همسایگی مثبت نیز دیده شد. تحلیل اقتصادی شرکت در برنامه‌ی شروع بهتر، آینده‌ی بهتر در کلاس نهم نشان داد، این برنامه مقرون‌به‌صرفه است. این‌گونه داده‌های

حاصل از پیگیری درازمدت، چندین سال پس از اجرا، شواهد بیشتری را در مورد کار آیی و مقرون‌به‌صرفه بودن برنامه‌ی جامع پیشگیریِ همگانیِ مبتنی بر محله در ارتقای رشد کودکان و خانواده‌ها ارائه می‌کند.

بررسی مداخلات اجتماع-محور در پیشگیری از افسردگی و اضطراب در نوجوانان

کریستنسن و همکاران (۲۰۱۰) تحقیقی را در رابطه با مداخلات اجتماع-محورِ پیشگیری از افسردگی و اضطراب در گروه سنی ۱۱ تا ۲۵ سال انجام دادند. تحقیقِ مروریِ مذکور شامل مطالعاتی بود که مشخصاً بر پیشگیری از افسردگی و اضطراب متمرکز بودند. علاوه بر این، مطالعات مربوط به پیشگیری از دیگر مشکلات، نظیر فرزند پروری ضعیف و دیابت نیز پوشش داده شد که البته این مطالعات اثر مداخلات پیشگیری از افسردگی و اضطراب را هم به‌عنوان نتایج ثانویه ارزیابی می‌کرد. موقعیت‌های محله‌ای مثل سازمان‌های مراقبت بهداشتی و اجتماعی، فضاهای آموزشی بعد از دبیرستان، خانه‌ها و فضاهای آموزشیِ تخصصیِ خارج از مدارس ابتدایی و راهنمایی شناسایی شدند. مداخلات پیشگیری شامل برنامه‌ها و فعالیت‌هایی بود که به‌عنوان پیشگیری همگانی، انتخابی و مشخص طبقه‌بندی شدند. کریستنسن و همکاران ۱۸ مطالعه‌ی مربوط به اضطراب و ۲۶ مطالعه‌ی مربوط به افسردگی را شناسایی کردند.

از ۱۸ مطالعه‌ی مرور شده در مورد اضطراب، ۱۱ مورد پیشگیری همگانی، شش مورد پیشگیری انتخابی و یک مورد ترکیبی از پیشگیری انتخابی/مشخص بود. با توجه به این‌که تئوری رفتاری شناختی، حکم چارچوب نظری اولیه را داشت و تأکید بر فعالیت‌های مداخله بود، تقریباً ۶۰٪ از مطالعات همگانی و مشخص نتایج مثبت به دنبال داشتند. انواع دیگر مداخله، نظیر ورزش، مدیریت استرس و آموزش آرمیدگی همراه با افزایش خود-ارزشمندی، نتایج مختلفی به دنبال داشت. بیشتر برنامه‌های پیشگیری از اضطراب در فضاهای دانشگاهی یا مؤسسات آموزش عالی و با استفاده از نوجوانان بزرگ‌تر و جوانان انجام شد. این برنامه‌ها از نوع مداخلات فردی و یا گروهی بودند. در برخی از گروه‌های مقایسه از برنامه‌ی مداخله‌ای خودکار یا کامپیوتری استفاده شد و از این برنامه‌ها سه مورد از پنج مورد نتایج مثبت به همراه داشت.

از بین ۲۶ تحقیق در مورد پیشگیری از افسردگی، پنج مورد پیشگیری همگانی، ۱۶ مورد پیشگیری انتخابی و سه مورد پیشگیری مشخص بود. در این مطالعات، رویکردهای شناختی رفتاری به‌کرات در مداخله‌های پیشگیری استفاده شد (۴۶٪). ۱۱ مورد از ۱۲ موردِ مداخله‌ی شناختی رفتاری، حداقل یک نتیجه مثبت به بار داشت. مداخلات دیگر نتایج متفاوتی به دنبال داشتند. برای مثال، هر سه برنامه‌ی ورزشی حداقل یک نتیجه‌ی مثبت داشتند، ولی از بین سه برنامه‌ی آموزش استرس و مقابله فقط یک مورد نتایج مثبت به دنبال داشت. برنامه‌های دیگری که آموزش مهارت‌های فرزند پروری و حمایت اجتماعی از نوجوانان را ارزیابی کردند بر سطوح افسردگی تأثیری نداشتند. همچون پژوهش‌های مربوط به پیشگیری از اضطراب، اکثر تحقیقات در فضاهای دانشگاهی

انجام شد و محیط‌های دیگر شامل سازمان‌های خدمات اجتماعی نوجوانان و مدارسِ جایگزین[1] بود. برای ارائه‌ی خدمات نیز از قالب‌های فردی یا گروهی استفاده شد.

نزدیک به ۶۰٪ از برنامه‌های پیشگیری از اضطراب و ۶۳٪ از برنامه‌های پیشگیری از افسردگی نتایج مثبت به دنبال داشتند (کریستنسن و همکاران، ۲۰۱۰). در مداخلات مربوط به اضطراب، برنامه‌های همگانی و انتخابی به شکلی برابر موفق بودند و در مداخلات مربوط به افسردگی، در مقایسه با مداخلات انتخابی، مداخله‌های همگانی و مشخص نتایج مثبت به دنبال داشتند. رویکردهای شناختی رفتاری رایج‌ترین مداخله در هر دودسته مداخلات مربوط به اضطراب و افسردگی بود. برنامه‌های ورزشی میزانی از اثربخشی را در افسردگی نشان دادند، ولی در اضطراب تأثیر کمتری داشتند. در حمایت از دیگر انواع مداخلات، شواهد کافی به دست نیامد. مداخلات کامپیوتری در اضطراب و افسردگی نتایج مثبتی به دنبال داشت، ولی روشن نیست که در موفقیتِ این نمونه از مداخلات، چه عواملی نقش داشتند.

کریستنسن و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند که نتایج حاصل از مطالعه‌ی مروری آنان نتایجی مشابه با دیگر مطالعات انجام‌شده در مدارس را نشان داد. آنان فواید انجام پژوهش‌های مروری درباره‌ی این موضوع را خاطرنشان کردند. برای مثال، در مقایسه با دیگر مداخلاتی که کاهش اضطراب یا افسردگی، نتیجه‌ی ثانوی آنان بود، مداخلات مربوط به اضطراب و افسردگی که اساساً بر پیشگیری ازاین‌گونه مشکلات متمرکز بودند نتایج مثبت‌تری به بار داشتند. این پژوهشِ مروری هم نشان داد که نظریه‌ی شناختی رفتاری، چارچوب نظریِ اصلی استفاده‌شده در این‌گونه مداخلات پیشگیری است و تفاوت‌های مداخله‌ای چندی بین کاربردهای پیشگیریِ همگانی، انتخابی و مشخص وجود داشت. همچنین، این تحقیق مشخص کرد که برنامه‌های اجتماع-محورِ افسردگی در مقایسه با برنامه‌های اضطراب رایج‌تر بودند، ضمن این‌که برنامه‌های اضطراب در فضاهای دانشگاهی رایج‌تر بود. علاوه بر این، برنامه‌های پیشگیری از افسردگی طیف گسترده‌تری از شرکت‌کنندگان را جذب کرد.

برحسب نقطه‌ضعف‌های این نوع مطالعه‌ی مروری، کریستنسن و همکاران (۲۰۱۰) متذکر شدند که با توجه به طیف متغیرهای تحقیق، جمعیت و مداخلات مرور شده، شناسایی و مقایسه‌ی شاخص‌ترین مؤلفه‌های مداخلات پیشگیری از اضطراب و افسردگی دشوار است. علاوه بر این، درصورتی‌که اطلاعات در مورد به‌کارگیری راهبردها، روش پیشین و نتایج تشخیصی گزارش نشده باشد، طبقه‌بندی انواع مختلف مداخلات پیشگیری به برنامه‌های همگانی، انتخابی، یا مشخص دشوار است.

بسیاری ازاین‌گونه برنامه‌های پیشگیری دقیقاً اجتماع-محور نیستند چراکه در فضاهای دانشگاهی و مؤسسات آموزش عالی ارائه شدند. البته اطلاعات جمع‌آوری‌شده از تحقیق کریستنسن و همکاران (۲۰۱۰) برای توسعه‌ی کاربرد و تحقیقات پیشگیری سودمند است. این تحقیق استفاده از برنامه‌های پیشگیریِ رایانه-محور را نشان داد

---

۱. Alternative school: (مدرسه‌ی جایگزین، ساختاری آموزشی است که از سرفصل‌ها و روش‌های نامعمول استفاده می‌کند.ویکی‌پدیا.م)

که دارای این قابلیت هستند که به دست تعداد زیادی از مردم، به‌ویژه نوجوانان برسد که از توان استفاده از آن برخوردار هستند. محتمل است به‌تدریج که فن‌آوری و رسانه‌های جمعی پیشرفته‌تر شده و برای بخش‌های بزرگ‌تری از جمعیت در دسترس تر می‌شوند، برنامه‌های پیشگیری در سال‌های آتی به‌مراتب بیشتر خواهد شد. البته بدون در نظر گرفتن مدل ارائه، برنامه‌های اجتماع–محورِ پیشگیری از اضطراب و افسردگی موردنیاز است، به‌ویژه برنامه‌هایی که جوانانی را مدنظر قرار دهند که خارج از نهادهای آموزشی به سر می‌برند. به همین ترتیب پژوهش‌های بیشتری نیاز است که اجزا بارز و اثربخش این‌گونه برنامه‌ها ارزیابی شود.

برنامه‌های اجتماع–محور در سالمندان

سلامتی سالمندان در معرض خطرات مهلکی قرار دارد و به‌تدریج که جمعیت آنان در سال‌های پیشِ رو افزایش می‌یابد، میزان خطرات و آسیب‌های این گروه نیز بیشتر خواهد شد. درنتیجه، توسعه و اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌های پیشگیری برای این گروه اهمیت به‌مراتب بیشتری می‌یابد (کونِرت، گَتز و هرتزپرانگ مِیِن، ۱۹۹۹؛ واشا–هاسی[۱]، ۲۰۱۲).

افزایش سریع جمعیت سالمندان در ایالات‌متحده‌ی آمریکا و دیگر کشورها ایجاب می‌کند که اندیشمندان و کارشناسانِ پیشگیری به استفاده از پیشگیری در این گروه سنی توجه کنند. اداره‌ی سالمندی ایالات‌متحده[۲] گزارش کرد (بدون تاریخ) که در سال ۲۰۰۹، ۳۹/۶ میلیون نفر، یا نزدیک به ۱۳٪ از جمعیت ایالات‌متحده، ۶۵ ساله یا مسن‌تر بودند. پیش‌بینی می‌شود این رقم با افزایش طول عمر رشد قابل‌توجهی بیابد و تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۷۲ میلیون، یا ۱۹٪ از جمعیت برسد. درنتیجه، به‌ویژه بر اساس رویکردهای پیشگیری، نیاز است تلاش‌های مضاعفی صورت گیرد تا از زندگی سالمندان در خانه‌ها و اجتماع خود حمایت شود و کیفیت زندگی آنان بهبود یابد.

در بازشناسی اهمیت بهبودی و افزایش هماهنگی در خدمات محله‌ای برای سالمندان، وزارت سلامت و خدمات انسانی موسسه‌ی جدیدی را در سال ۲۰۱۲ تحت عنوان اداره‌ی زندگی در محله[۳] (نگاه کنید به:http://www.acl.gov) تأسیس کرد که در حال حاضر اداره‌ی سالمندی، دفتر معلولیت‌ها[۴] و دفتر معلولیت‌های رشدی را در برمی‌گیرد. اهداف موسسه‌ی جدید عبارت است از افزایش حمایت اجتماعی از سالمندان و افراد معلول به‌منظور تقویت خدمات مراقبت‌های بهداشتی و بهبود کیفیت زندگی به‌گونه‌ای که این دسته از افراد بتوانند با عمری به‌مراتب طولانی‌تر در محیط خود زندگی کنند. پیشگیری از آسیب‌ها و اقدامات عملی در

---

۱. Konnert, Gatz, & Hertzsprung Meyen, Vacha-Haase

۲. U.S. Administration on Aging

۳. Administration for Community Living

۴. Disabilities office

ارتقای سلامت سالمندان مهم‌ترین عامل در تقویت سلامت عمومی و آسایش سالمندان در محیط زندگی‌شان است.

برای بهبود سلامت و آسایش سالمندان از طریق فعالیت‌های پیشگیری و ارتقای سلامت امکانات زیادی وجود دارد. این امکانات شامل برنامه‌هایی برای آن دسته از سالمندانی است که در انجام دستورات پزشکی نیاز به کمک دارند (مُرداگ و اینسل، ۲۰۰۹؛ رزنیک، گَلیک، نام، شاونِسی و مایکل، ۲۰۰۹). برنامه‌هایی برای پیشگیری از افسردگی در دوره‌ی سالمندی (بلیزر، ۲۰۰۲) و برنامه‌های پیشگیری از خودکشی (فیسک و آربُر، ۲۰۰۱/۲۰۰۰؛ پیرسِن، ۲۰۰۱/۲۰۰۰) از دیگر موارد هستند. در این بخش، پیشگیری اجتماع–محور و پروژه‌های ارتقای سلامت در سالمندان مرور می‌شود.

ارتقای سلامت در جمعیت سالمندان

پیشگیری نقش اساسی در ارتقای سلامت سالمندان بازی می‌کند و متخصصان پیشگیری در این حوزه حرف‌های بیشتری برای گفتن دارند (چاپمن، ۲۰۰۷؛ گوتزِل و همکاران، ۲۰۰۷). به‌عنوان نمونه، ارتقای سلامت می‌تواند برنامه‌هایی را شامل شود که مشارکت سالمندان در آموزش نوجوانان از طریق برنامه‌های ارائه تجربیات[1] و آموزش دانسته‌ها[2] را تسهیل کند (برای مثال، هُولمز، ۲۰۰۹)، یا امکاناتی برای آشنایی با دیگران فراهم کند و فعالیت در برنامه‌های ورزشی را ایجاد کند (راینِولد، وِستهاف و هاپمن–راک، ۲۰۰۳). علاوه بر این، سالمندان می‌توانند از مهارت‌های خود در دادوستدها و خدمات محله‌ای استفاده کنند (هولمز، ۲۰۰۹). ازآنجایی‌که افسردگی عامل خطر مهمی در سالمندان است، امکان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی برای غلبه بر تنهایی، گسترش روابط و تقویت خود–کارآمدی (بلیزر، ۲۰۰۲) می‌تواند سلامت و آسایش سالمندان را در اجتماع افزایش دهد. البته لازم است این‌گونه مداخلات گسترش یافته و اجرا شوند و اثربخشی و تأثیرات آن‌ها ارزیابی گردد.

پیشگیری از افسردگی و خودکشی در سالمندان

در رابطه با افسردگی و خودکشی در افراد ۶۵ سال به بالا پیشینه‌ی گسترده‌ای وجود دارد (اَلکسُپولُوس، ۲۰۰۵؛ پیرسِن، ۲۰۰۱/۲۰۰۰). آلکسوپولوس (۲۰۰۵) به پیشینه‌ی پژوهش‌هایی پرداخت که از اهمیت پیشگیری از افسردگی در افراد سالمند حمایت می‌کرد. او چندین نوع مداخله را مطرح کرد که بیشتر بر اساس چارچوب شناختی رفتاری بودند که مفید بوده و شامل آموزش آرمیدگی، بازسازی شناختی و راهبردهای مدیریت رفتاری برای بهبود تغذیه ورزش بود. پیشگیری و مدیریت افسردگی در سالمندان مهم است، چراکه افسردگی عامل خطر مهمی در خودکشی است. موسسه‌ی ملی سلامت روان (۲۰۰۹) گزارش کرد که خودکشی به‌طور نامتناسبی در

. Mentorship۱

. Tutoring۲

سالمندان در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر شایع‌تر است و سالخوردگان ۷۵ ساله و مسن‌تر بالاترین نرخ خودکشی را در کشورهای صنعتی به خود اختصاص داده‌اند (وائرن، رابِنُویتز و ویلهِلمسِن[1]، ۲۰۰۳).

ارتباط بین رخدادهای منفی زندگی و افسردگی در سالمندان توسط کِرایج، آرِنزمَن و اسپینهاوِن[2] (۲۰۰۲) مطالعه شد. در تحلیل عاملی ۲۵ مطالعه، افسردگی تقریباً با تمامی رخدادهای منفی زندگی ارتباط داشت و اثر تجمعی این‌گونه رخدادها همراه با گرفتاری‌های روزمره، قوی‌ترین ارتباط را با افسردگی داشت. درنتیجه، مداخله‌ی انتخابی یا مشخص برای پیشگیری از افسردگی در این گروه سنی می‌تواند مداخله برای آن دسته از سالمندانی باشد که طی دوره‌ای کوتاه چندین رخداد منفی را تجربه کرده‌اند. تحلیل عاملی کرایج و همکاران، در رابطه با رخدادهای منفی که پیش از دوره‌ی سالمندی اتفاق افتاده باشد، اطلاعاتی ارائه نکرد. جالب این‌که در تحقیق آنان، رخدادهای ناگهانی و غیرمنتظره ارتباطی با افسردگی نداشت.

ارتباط بین افسردگی با خودکشی در یک نمونه‌ی اجتماع–محور در کشور سوئد بررسی شد. در این مطالعه از افراد ۷۵ ساله و مسن‌تر استفاده شد (وائرن و همکاران، ۲۰۰۳). در این مطالعه‌ی اولیه‌ی کیفی، مشخص شد که تعارض‌های خانوادگی، بیماری‌های جسمانی، افسردگی خفیف و اساسی و تنهایی در این گروه سنی با خودکشی ارتباط داشت. مشکلات اقتصادی در گروه مقایسه‌ی افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله که کم سن تر محسوب می‌شدند نقش داشت ولی در گروه افراد مسن‌تر این‌گونه نبود. علاوه بر این، اعضا گروه سالمند که افسرده بودند، در مقایسه با اعضا گروه کم سن تر با احتمالی کمتر برای افسردگی خود تحت درمان قرار می‌گرفتند. تحقیق ذکرشده، اهمیت مداخلات پیشگیریِ اجتماع– محور در سالمندان را تقویت می‌کند که طیفی از مداخلات پیشگیری همگانی، انتخابی و مشخص در تمامی گروه‌های سنی افراد سالمند را شامل می‌شود.

پیرسن و براون (۲۰۰۰) گزارش کردند که سن و جنسیت پیش‌بینی کننده‌های قوی افسردگی هستند. برای مثال، مردان ۷۵ ساله و مسن‌تر که در کشورهای صنعتی زندگی می‌کنند در مقایسه با نوجوانان نرخ به‌مراتب بالاتری از افسردگی دارند. درنتیجه، خودکشی در میان سالمندان یک آسیب اساسی در حوزه‌ی سلامت عمومی محسوب می‌شود که توجهِ به‌مراتب بیشتری را می‌طلبد، به‌ویژه به این دلیل که خودکشی رخدادی قابل‌پیشگیری است. پیرسن و براون مطرح کردند که یکی از بهترین مداخلات پیشگیری از خودکشی در سالمندان درمان افسردگی است، با آگاهی به این موضوع که درمان افسردگی در این گروه سنی چالش‌برانگیز است. برای مثال، ممکن است سالمندان و اعضا خانواده مایل باشند افسردگی را به فرآیند سالمندی نسبت دهند؛ ممکن است چالش دیگر ننگ فرهنگی همراه با افسردگی باشد. درنتیجه، برنامه‌های آموزشِ همگانی درباره‌ی افسردگی و خودکشی در سالمندان مهم است چراکه آنان، خانواده‌هایشان و مراقبین را درباره‌ی علائم خطرِ افسردگی و خودکشی در این گروه سنی مطلع می‌کنند. علاوه بر این لازم است آنان در مورد منابع ارجاع برای سالمندانی که افسرده هستند

---

۱. Waern, Rubenowitz, & Wilhelmson

۲. Kraaij, Arensman, and Spinhoven

آموزش ببینند و در مورد تأمین اعتبار برای درمان سالمندانی که در معرض افسردگی و خودکشی قرار دارند، اطلاعات ارائه شود.

پیشگیری در موقعیت‌های پزشکی

در مقایسه با دیگر موقعیت‌ها، کاربرد روان‌شناسی در موقعیت‌های پزشکی از پیشینه‌ی کوتاه‌تری برخوردار است، کما این‌که این کاربرد در پیشگیری اولیه نیز جدیدتر است (اس.بی. جانسن و میل اِستاین، ۲۰۰۳). البته در سال‌های اخیر، برای بهبود سلامت کلی جامعه، روان شناسان قویاً از گسترش تحقیقات و مداخلات حرفه‌ای حمایت کرده‌اند (دی لِئون، گیِیستین و کِندِل[۱]، ۲۰۰۳؛ گارسیا–شلتِن، ۲۰۰۶). آن‌گونه که تاوِیَن[۲] (۲۰۰۴) نوشت، "روان شناسان سلامت می‌بایست تخصص خود را در موقعیت‌های متعدد پزشکی ارتقا داده و بر آن متمرکز شوند. مشارکت مهمی که از عهده‌ی آنان برمی‌آید، کاهش هزینه‌های کلی پزشکی است "(ص.۱۴۰). این باور که توسط دیگران تکرار شده است، حاکی از اهمیت روان‌شناسی در به‌کارگیری پیشگیری در فضاهای پزشکی، به‌منظور حمایت از ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش هزینه‌های کلی پزشکی است (براون و همکاران، ۲۰۰۲). وقتی‌که انجمن روان‌شناسی آمریکا کلمه‌ی *سلامت* را در سال ۲۰۰۱ به بیانیه‌ی مأموریت خود افزود، اهمیت نقش روان‌شناسی در موقعیت‌های بهداشتی انگیزه‌ای مضاعفی یافت (گارسیا–شلتن، ۲۰۰۶).

اس.بی.جانسن و میل استاین (۲۰۰۳) محققانی هستند که مداخلات پیشگیری را در موقعیت‌های مراقبت‌های پزشکی بکار گرفتند. آنان به این موضوع توجه کردند که درصد بالایی از کودکان و نوجوانان هرسال از امکانات مراقبت‌های بهداشتی استفاده کرده و بزرگ‌سالان نیز به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی اعتماد پیداکرده‌اند. تعداد تماس با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و ارزش لحاظ شده در رابطه باکیفیت مراقبت‌های بهداشتی، فضاهای پزشکی را به جایگاهی ممتاز مبدل کرده است که در آن فعالیت‌ها، مداخلات و تحقیقات پیشگیری اجرا می‌شوند. البته اس.بی. جانسن و میل استاین در ارتباط با روان‌شناسانی که پیشگیری را در فضاهای مراقبت‌های پزشکی به کار می‌گیرند، چندین چالش و مانع را مطرح کردند. این چالش‌ها تمرکز زیاد بر مراقبت‌های بهداشتی در درمان و مداخله بعد از تشخیص یک آسیب و نبود حمایت‌های مالی برای پیشگیری را شامل می‌شود. علاوه بر این، چندین مانع در اجرای پژوهش‌ها و ارزیابی‌های دقیق در موقعیت‌های مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد که نبود کارکنان دوره‌دیده برای تحقیق در بسیاری از فضاهای بهداشتی و چالش‌های روش‌شناختی نظیر تعداد محدود شرکت‌کنندگان در تحقیق و مشکلات وابسته به گردآوری اطلاعاتِ مربوط به پیگیری‌های طولانی‌مدت برای ارزیابیِ مداخلات پیشگیری را شامل می‌شود.

---

[۱]. DeLeon, Giesting, & Kendel

[۲]. Tovian

کَرول گودهارت[۱] در سال ۲۰۱۰ در سخنرانی هیئت‌مدیره‌ی انجمن روان‌شناسی آمریکا نیاز به حضور پررنگ‌تر روان شناسان را در موقعیت‌های مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی مطرح کرد. به زعم او، خدمات روان‌شناختی برای بیماران و اقدامات سلامت عمومی بی‌نهایت باارزش است (گودهارت، ۲۰۱۱). گودهارت داده‌هایی را نقل کرد که نشان می‌داد کمتر از نیمی از جمعیت آمریکا باوجود نیاز به خدمات سلامت روان خدماتی دریافت نمی‌کنند (کِسلر و همکاران، ۲۰۰۵) و دوسوم از پزشکانِ مراقبت‌های اولیه گزارش می‌کنند که قادر نیستند به بیماران خود خدمات سرپایی سلامت روان ارائه کنند (کانینگهام، ۲۰۰۹). برای رفع این‌گونه نواقص و تأثیرگذاری بیشتر و تقویت استفاده از خدمات روان‌شناختی در پیشگیری، درمان و مدیریت بیماری، گودهارت یک سیستم منسجم مراقبت‌های بهداشتی را مطرح کرد که شامل مراقبت‌های اولیه‌ی پزشکی و خدمات روان‌شناختی است. بنا به نظر گودهارت این‌چنین سیستمِ هماهنگی، می‌تواند دستیابی و مراقبت از بیمار را بهبود داده و نتایجی را فراهم کند که از منظر سلامتی مقرون‌به‌صرفه تر باشند.

به‌عنوان نمونه‌ای از مراقبت‌های هماهنگ، مک دانیل و فوگارتی (۲۰۰۹) برنامه‌ی خانه‌ی پزشکی بیمار–محور[۲] را مطرح کردند که مدلی از مراقبت منسجم پزشکی اولیه است که شامل چندین تخصص پزشکی، نظیر متخصص داخلی، پزشک خانواده و متخصص کودکان است. اگرچه روان شناسان در مدل فعلی این برنامه حضور ندارند، محققان در مورد حضور روان شناسانِ مراقبت‌های اولیه در این مدل استدلال آوردند. روان شناسان می‌توانند به‌ویژه در ارائه‌ی خدمات پیشگیری برای همه‌ی دوره‌های زندگی از طریق برنامه‌های آموزشی روان‌شناختی و مداخلات فردی و گروهیِ کوچک برای افراد و خانواده‌ها مفید واقع شوند. روان شناسان به‌عنوان اعضا گروه، می‌توانند در پشتیبانی از خود–مراقبتیِ حرفه‌ای اعضا گروه و ارجاعات موردنیاز به دیگر مؤسسات و تخصص‌های درمان های روان‌شناختی و سلامت روان کارساز باشند.

بیش از ۳۰ سال است که هلند از یک نظام مراقبت بهداشتی استفاده کرده است که شامل روان شناسان مراقبت‌های اولیه است (دِرکسن[۳]، ۲۰۰۹). این مدل منسجمِ مراقبت اولیه‌ی بهداشتی به بهبود خدمات کمک کرده است که شامل فعالیت‌ها و مداخلات پیشگیری است. این مداخلات علاوه بر این‌که کمک کرده است که برای بیماران به‌صرفه باشد، در نظام مراقبت بهداشتی نیز به‌مراتب مقرون‌به‌صرفه تر بوده است.

در ادامه چندین کاربرد مداخلات پیشگیری و تحقیق در فضاهای پزشکی بررسی می‌شوند. برخلاف مداخلات در موقعیت‌های آموزشی، مداخلات پیشگیری که اختصاصاً در فضاهای پزشکی به‌کاربرده شده‌اند عموماً در بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد نقل نشده‌اند. درنتیجه، موارد مربوط به مداخلات پیشگیری در این فصل با توجه به تنوعِ مشکلات سلامتی، سن شرکت‌کنندگان و منحصربه‌فرد بودن انتخاب شدند. علاوه بر

. Carol Goodheart۱

. the Patient-Centered Medical Home۲

. Derksen۳

مداخلات پیشگیری اختصاصی، تحلیل عاملیِ اثربخشی کارزارهای سلامت عمومی برخط و کار با نوجوانان در موقعیت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیز بررسی می‌شود.

مداخلات مرور شده شامل مداخلات همگانی، انتخابی، مشخص و ثالثیه است. بسیاری از مداخلات پیشگیری در فضاهای پزشکی از نوع انتخابی، مشخص و ثالثیه هستند. با توجه به این‌که بیماران، کادر پزشکی و ساختارهای بازپرداخت[۱] در مقایسه با پیشگیری از مشکلات سلامتی از طریق برنامه‌های اولیه و همگانی، بر شناسایی و تصحیح مشکلات سلامتی موجود، بیشتر متمرکز هستند، این موضوع تعجب‌برانگیز نیست. البته همان‌طوری که در این بحث روشن است، مشکلات پزشکیِ مبتنی بر جسم اغلب دارای اجزا همبودی[۲]، نظیر اضطراب و افسردگی هستند که بر درمان تشخیص جدید یا شرایط پزشکی موجود لطمه می‌زند. علاوه بر این، الگوها و رفتارهای مربوط به سبک زندگی نظیر مصرف سیگار، رژیم غذایی، تغذیه و ورزش به‌ویژه می‌تواند در افراد در معرض خطر، به مشکلات جسمانی منجر شود. درنتیجه، مهم است که تخصص‌های پزشکی نیز فعالانه در مداخلات پیشگیرانه‌ای وارد شوند که این‌گونه رفتارهای خطرساز را مدنظر قرار می‌دهند.

مداخلات پیشگیری در بیماران پزشکی ارجاع شده

افسردگی یکی از شرایط همبود در بیمارانی است که تحت درمان‌های سخت پزشکی نظیر سرطان، اچ‌آی‌وی و آرتروز قرار می‌گیرند (ویلیامز، دی مَتوُ، ۲۰۰۹). برای کاهش افسردگی در بیماران سرطانی، هاپکو[۳] و همکاران (۲۰۰۸) درمان شناختی رفتاری را در بیماران سرطانی به کار گرفتند که دارای افسردگی بالینی بودند. با توجه به این‌که افسردگی در میان بیماران سرطانی رایج است، مطالعات اندکی نتایج مداخلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی افسرده را ارزیابی کرده‌اند. هاپکو و همکاران تحقیق خود را با ۱۳ بیمار (۱۱ زن، ۲ مرد) انجام دادند که به انواع مختلفی از سرطان مبتلا بودند و تشخیص افسردگی بالینی دریافت کرده بودند. بیماران در رابطه با افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارزیابی شدند. به دنبال ارزیابی‌های پیش از درمان، شرکت‌کنندگان ۹ هفته درمان شناختی رفتاریِ انفرادی برای افسردگی را با روان‌درمانگران به اتمام رساندند. نه جلسه مذکور شامل آموزش‌های روان‌شناختی ، هدف‌گذاری و درمان بر اساس فعال‌سازی رفتاری بود. این جلسات به این منظور تعیین شد که برای "افزایش احتمال رفتارهایی که بیماران را در تماس با رخدادهای محیطیِ تقویت‌کننده قرار داده و افکار، خلق و کیفیت کلی زندگی آنان را بهبود دهد " تلاشی صورت گرفته باشد (هاپکو و همکاران، ۲۰۰۸، ص.۱۳۰).

. Reimbursement۱

. comorbid۲

. Hapco۳

نتایج تحقیق در اکثر مقیاس‌ها، بهبودی معناداری را از پیش از درمان تا پس‌ازآن نشان داد. علائم افسردگی و اضطراب و بیشتر حوزه‌های کارکرد فردی پس از درمان بهبودی نشان دادند؛ ولی درک حمایت اجتماعی و دردهای بدنی تغییر نکرد. پس از درمان، بیماران گزارش کردند که از مداخله بسیار راضی هستند. ارزیابی‌ها سه ماه بعد از مداخله تکرار شد و با یک استثنا، تمامی مقیاس‌ها معنادار باقی ماند که نشان‌دهنده‌ی بهبودی پایدار در علائم افسردگی و سطح کارکرد بود. در دوره‌ی پیگیری، فقط علائم اضطراب بود که به شکلی معنادار، بهبودیافته باقی نماند.

نتایج حاصل از این تحقیق حاکی از آن است که مداخله روان‌شناختی کوتاه‌مدتِ نُه جلسه‌ای که مبتنی بر درمان شناختی رفتاری است، می‌تواند به بهبودی علائم افسردگی و اضطراب، کارکرد کلی و کیفیت زندگی در بیمارانی بینجامد که دارای تشخیص دوگانه‌ی[1] سرطان و افسردگی هستند. ازآنجایی‌که شرط شرکت در تحقیق این بود که بیماران در زمان تحقیق تشخیص افسردگی دریافت کرده باشند، ازنظر پیوستار مداخلات پیشگیری، می‌توان این مداخله را در طبقه‌بندی مطرح‌شده توسط کاپلان (۱۹۶۴) به‌عنوان پیشگیری ثالثیه در نظر گرفت. البته مداخله‌ی روان‌شناختی مذکور کمک کرد که کارکرد سلامت روان در بیماران افسرده تقویت شود، در عین این‌که از اختلال روان‌شناختی جدی‌تر پیشگیری نمود. درنتیجه، مداخله ذکرشده ارزش آن را دارد که به‌عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه محسوب شود. علی‌رغم نتایج مثبت، به علت گروه نمونه‌ی کوچک و نبود گروه کنترل یا مقایسه، این تحقیق دارای محدودیت است.

در یک مطالعه در زوج‌هایی که با سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته[2] مواجه بودند، بَدر، کارمَک، کَشی، کریستوفانیلی و رِونسِن[3] (۲۰۱۰) استرس دوتایی[4] هریک از زوجین و شیوه‌ی مقابله‌ای آنان با تشخیص سرطان را ارزیابی کردند. گرچه این تحقیق، یک مطالعه‌ی مداخله‌ای نیست، ولی چارچوبی را فراهم کرد که شاید منبعی برای مداخلات پیشگیری در این گروه در آینده باشد. استرس دوتایی، استرسی است که در زن مبتلابه سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته و شریکش[5] وجود دارد. این استرس به بیماری زن مربوط است و شامل موارد مربوط به پایان زندگی و مراقبت‌های پزشکی جاری است. مقابله‌ی دوتایی[6] به اشتراک[7] و وابستگی متقابل[8] در پاسخ‌های مقابله‌ای زوج به سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته به‌عنوان یک بیماری مرگبار اشاره دارد. بدر و همکاران با

. Dual۱

. Metastatic۲

. Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli, and Revenson۳

. Dyadic stress۴

. partner۵

. Dydic coping۶

. mutuality۷

. interdependence۸

به‌کارگیری مدل فراگیر- فرا نظری[1] به‌عنوان چارچوب نظری در شیوه‌ی مقابله‌ایِ دوتایی، به ارزیابی چگونگی پاسخ‌دهی زوجین به عوامل استرس‌زا به شکل انفرادی و مشترک پرداختند. با اقتباس از مدل فرا نظری استرس (لازارِس و فالکمن، ۱۹۸۴) که از مقابله‌ی فرد-محور استفاده می‌کند، مدل فراگیر-فرانظری، الگوی مقابله را در سطوح فردی و زوج به کار می‌گیرد (بادِنمن[2]، ۲۰۰۵). در سطح فردی، پاسخ‌های شریک به مقابله با استرس، حمایتی یا غیر حمایتی است، حال‌آنکه مقابله در سطح زوج یا مثبت (برای مثال، عمل کردن به‌عنوان یک زوج در حل مسئله، آرمیدگی، به اشتراک گذاشتن و نشان دادن همبستگی) است و یا منفی (برای مثال، اجتناب یا کناره‌گیری). بدر و همکاران این فرض را مطرح کردند که مقابله‌ی دوتایی مثبت با استرس کمترِ مربوط به بیماری و سازگاری بهتر به‌عنوان یک زوج همراه است.

شرکت‌کنندگان در پژوهش بدر و همکاران (۲۰۱۰) زنانی بودند که پس از تشخیص سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته، به‌تازگی درمان را شروع کرده بودند. این زنان با یک مرد در ارتباط بودند که این رابطه حداقل یک سال ادامه داشت، تقریباً دردی نداشتند، قادر به حرکت و انجام کارهای خود-مراقبتی بودند و زبان انگلیسی را سلیس صحبت می‌کردند. در خط پایه، ۱۹۱ زوج (از ۳۶۷ زن مبتلا که در ابتدا توسط محققان انتخاب شدند) مجموعه پرسشنامه‌های ارزیابی را جواب دادند که شامل مقیاس‌های ارتباطات مربوط به استرسِ ناشی از سرطان[3] (بادِنمن، ۱۹۹۷)، مقیاس رخدادهای زندگی[4] (هورُویتز، ویلنر و آلوارِز، ۱۹۷۹) و مقیاس استرس‌های ناخوشایند زندگی زناشویی[5] (هانسلِی، بِست، لِفِبور ویتو[6]، ۲۰۰۱) بود. در پیگیری‌های سه و شش‌ماهه، به ترتیب، ۱۲۲ و ۱۱۰ زوج ارزیابی‌ها را انجام دادند. در رابطه با کنار رفتن برخی از شرکت‌کنندگان دلایل زیادی نقش داشت که شامل شدت یافتن بیماری، نظرسنجی‌های ناقص و مرگ برخی از شرکت‌کنندگان بود.

نتایج نشان داد که بعد از یک دوره‌ی شش‌ماهه‌ی ارزیابی، استرس وابسته به سرطان و استرس‌های زناشویی نسبتاً ثابت باقی ماند. گرچه شرکایی که از سبک مقابله‌ای دوتایی مثبت استفاده کردند، بیشتر احتمال داشت که سازگاری زناشویی بهتری را تجربه کنند، حال‌آنکه شرکایی که از سبک مقابله‌ای دوتایی منفی استفاده کردند، استرس‌های وابسته به سرطان و استرس‌های زناشویی بیشتری را تجربه کردند. به شکل فردی، زنان مبتلابه سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته، با شرکای خود به شیوه‌ای تنش آمیز تر ارتباط برقرار کردند، ولی شرکای آنان کمتر با تنش ارتباط برقرار می‌کردند. زنان، شرکای خود را بیشتر حمایت‌کننده دریافتند حال‌آنکه شرکا زنان را کمتر

. Systemic-transactional model۱

. Bodenmann۲

. Cancer related stress communication۳

. Life-events scale۴

. Marital distress۵

. Hunsley, Best, Lefebvre, & Vito۶

حمایت‌کننده درجه‌بندی کردند. جالب است به این نکته توجه شود که زنان و شرکای آنان به شیوه‌های متفاوتی سبک‌های مقابله‌ای را تجربه کردند. شیوه‌ی مقابله‌ای مثبت با افزایش استرس در زنان همراه بود، حال‌آنکه شرکای آنان کاهش جزئی در استرس داشتند. شیوه‌ی مقابله‌ای منفی منجر به افزایش استرس هم در زنان و هم شرکا گردید، ولی شرکا استرس را با درجه‌ی بالاتری تجربه کردند.

این تحقیق ارزیابی جالبی را در رابطه با استرس و شیوه‌ی مقابله در بین زوجین ارائه می‌کند، خصوصاً وقتی‌که یکی از آنان با یک بیماری مهلک روبرو می‌شود. البته به علت این‌که این تحقیق، یک مطالعه‌ی مداخله‌ای نبود، باید دید که مداخله‌ی واقعی پس از تشخیص سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته می‌تواند استرس، پاسخ‌ها و سبک ارتباطی زوجین را بهبود بخشد. ممکن است نتایج تحقیق مذکور نشان دهد که الگوهای فردی و دوتایی که تاکنون عمیقاً به روابط زوجین معطوف بوده است، حاکی از تغییرات ناشی از تشخیص سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته باشد (بدر و همکاران، ۲۰۱۰). درنتیجه، در چارچوب پیشگیری، این تحقیق حاکی از قابلیت مداخله‌ی پیشگیری در کاهش استرس فرد و زوج و بهبود شیوه‌ی مقابله‌ای و ارتباط زوج بعد از تشخیص سرطان سینه‌ی گسترش‌یافته یا دیگر بیماری‌های مهلک است.

در تحقیقی دیگر که با زنانی انجام شد که برای سرطان سینه درمان می‌شدند، مُونتِگومری و همکاران (۲۰۰۹) اثرات درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم را بر سطح خستگی زنان در دوره اشعه درمانی[۱]، بررسی کردند. خستگی یکی از اثرات جنبی و جدی اشعه درمانی است که وقتی با استرس‌های هیجانی و انتظار خستگی همراه شود، اسفبار می‌شود (برای مثال، مونتگومری و باوجرج[۲]، ۲۰۰۱؛ وَلنتین و میرز، ۲۰۰۱). تحقیقات نشان داده است که درمان شناختی رفتاری در کاهش استرس و کنترل علائم درمان پزشکیِ سرطان مؤثر است (کانگاس، باوجرج و مونتگومری، ۲۰۰۸؛ رِد، مونتگومری و دُوهامل[۳]، ۲۰۰۱). مشخص‌شده است که هیپنوتیزم نیز می‌تواند اثرات جانبی سرطان، به‌ویژه خستگی را در بیمارانی کنترل کند که به جراحی سرطان سینه متوسل می‌شوند (مونتگومری و همکاران، ۲۰۰۷). درنتیجه، مونتگومری و همکاران (۲۰۰۹) ترکیبی از درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم را به کار گرفتند و اثربخشی آن را در کاهش خستگی بیماران سرطان سینه ارزیابی کردند که تحت اشعه درمانی قرارگرفته بودند.

چهل‌ودو زن که اسامی‌شان برای شروع اشعه درمانی ثبت‌شده بود به شکل تصادفی در گروه درمان (تعداد: ۲۲ نفر) یا کنترل (تعداد: ۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در هر دو گروه به شکل روزانه و هفتگی مقیاس‌های خستگی را پاسخ دادند. پیش از شروع اشعه درمانی، تمامی شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌ی جمعیت شناختی و

. Radiation therapy۱

. Bovbjerg۲

. DuHamel۳

مقیاس روان رنجوری[1] جواب دادند (کاستا و مک کرِی، ۱۹۹۲). روان رنجوری با سطح بالاتر خستگی در بیماران سرطانی ارتباط دارد (میچیئلسِن، وَن دِراستیگ، رُکما و دی وریز[2]، ۲۰۰۷). زنان در گروه درمان پیش از هر جلسه‌ی اشعه درمانی توسط یکی از دو نفر کادر دوره‌دیده مورد مشاهده قرار گرفتند. در هفته‌های اول و دوم، شرکت‌کنندگان طی جلسات ۱۵ دقیقه‌ای درباره هیپنوتیزم و درمان شناختی رفتاری آموزش دیدند و به آنان یک دستگاه پخش‌کننده‌ی لوح فشرده و لوح فشرده هیپنوتیزم برای استفاده در خانه داده شد. در هفته‌ی سوم تا هشتم، به شرکت‌کنندگان کتابِ کارِ درمان شناختی رفتاری داده شد و از آنان خواسته شد هر هفته دو کار برگ را پر کنند. به‌منظور مرور کار– برگ‌ها، شرکت‌کنندگان هر دو هفته یک‌بار طی ۱۵ دقیقه یکی از کارکنان مداخله کننده را ملاقات می‌کردند. شرکت‌کنندگان گروه کنترل بدون مداخلات اضافی، مراقبت‌های استاندارد پزشکی را دریافت می‌کردند.

نتایج تحقیق مشخص کرد که گروه درمان فقط افزایش جزئی را در خستگی هفتگی نشان داد، حال‌آنکه گروه کنترل افزایش معناداری در خستگی داشت. به همین ترتیب، در مقایسه با شرایط درمان، خستگی روزانه و ضعف عضلانی گروه کنترل نیز بارزتر بود.

مونتگومری و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان توأم شناختی رفتاری و هیپنوتیزم در کاهش خستگی و ضعف عضله، مرتبط با اشعه درمانی در بیماران سرطان سینه، مؤثر است. محققان به یک محدودیت مهم اشاره کردند. بیماران گروه درمان نسبت به بیماران گروه کنترل، به شکلی معنادار توجه تخصصی‌تری را دریافت کردند. این موضوع می‌تواند به علت برخی از تفاوت‌ها باشد. علاوه بر این، بیماران از شرایط درمانی خود، آگاه بودند که می‌توانست بر گزارش دهی آنان تأثیر بگذارد. محققان تلاش نکردند که مهم‌ترین مؤلفه‌های مداخله را تعیین کنند و درنتیجه، مشخص نشد که آیا اثرات به علت درمان شناختی رفتاری، هیپنوتیزم، یا ترکیبی از این دو بود. مطالعات آتی با چندین گروه که مؤلفه‌های مختلفی را دریافت می‌کنند، می‌تواند به تعیین مؤثرترین اجزا درمان کمک کند. بااین‌وجود، به‌رغم برخی از محدودیت‌های مرتبط با این‌که به چه میزان بیماران انجام تکالیف خانگی را دنبال کردند، درمان توأم شناختی رفتاری و هیپنوتیزم، مداخله‌ی پیشگیرانه‌ای را برای این گروه فراهم کرد که ارزش مطالعات بعدی را دارد.

کالدوِل[3] و همکاران (۲۰۰۳) تأثیرات گروه‌درمانی بر عملکرد جنسی نجات‌یافتگان از سرطان رحم[4] را ارزیابی کردند. زنانی که به علت سرطان رحم درمان شده‌اند، ممکن است به علت درمان، مشکلات جنسی آشکاری را تجربه کنند (آر. هریس، گود و پولاک، ۱۹۸۲؛ وِنزِل و همکاران، ۲۰۰۲). نوزده زن در ۱۲ جلسه‌ی گروه‌درمانی

---

[1]. Neurotism

[2]. MIchielsen, Van der Steeg, Roukema, & De Vries

[3]. Caldwell

[4]. Gynecological cancer

هفتگی شرکت کردند و ارزیابی‌های مربوط به عملکرد جنسی (کِلیتِن، مک گاروِی و کلاوِت، ۱۹۹۶) و خلق (مک نایِر، لُر و دراپِلمن[۱]، ۱۹۹۲) را پیش از شروع برنامه و در دوره‌ی پیگیری پاسخ دادند. موضوعات جلسات هفتگی گروه‌درمانی که توسط روانشناس بالینی در گروه‌های سه تا پنج‌نفره ارائه می‌شد، شامل مهارت‌های ارتباطی با شرکای جنسی، ناتوانی در قابلیت بچه‌دار شدن، جهش[۲] ژنتیکی در اعضا جنسی و اثرات باقیمانده شیمی‌درمانی بر میل و عملکرد جنسی بود. هر جلسه‌ی درمان شامل مؤلفه‌های اعتماد، بیان هیجان، تشویق تجربیات لذت‌بخش و به یادآوری خاطرات جنسی قدیمی و ایجاد موارد جدید نیز بود.

نتایج تحقیق نشان داد که در پایان مداخله، عملکرد جنسی زنان به شکلی معنادار افزایش یافت. گرچه نمرات عملکرد جنسی بعد از دوره‌ی پیگیری سه‌ماهه نسبت به خط پایه بهبود یافت، ولی بعدازاین دوره نمرات به شکلی معنادار متمایز نبودند. به همین ترتیب، در مقیاس خلق، پس از مداخله، بهبود معناداری دیده شد، ولی تغییرات در پیگیری سه‌ماهه ثابت باقی نماند.

نتایج این تحقیق نشان داد که در زنانی که از سرطان رحم نجات یافتند، حداقل در کوتاه‌مدت، بهبودی‌هایی در عملکرد جنسی به وجود آمد. در درازمدت، زنان گزارش کردند که بعد از مداخله‌ی گروه‌درمانی به‌مراتب بیشتر در فعالیت جنسی شرکت کردند، ولی تغییرات کسب‌شده در خلق، برانگیختگی جنسی و عملکرد کلی جنسی ثابت باقی نماند. این تحقیق دارای چند محدودیت است که شامل اندازه کوچک گروه نمونه و نبود گروه مقایسه است. البته کالدول و همکاران (۲۰۰۳) مطرح کردند ممکن است درمان چند رشته‌ای که مداخلات روان‌شناختی را شامل می‌شود، برای زنان دارای سرطان رحم مفید باشد. به‌منظور ارزیابی نقش درمان‌های گروهی و فردی روان‌شناختی در کمک به زنان مبتلابه سرطان رحم برای بهبود عملکرد جنسی و عملکرد کلی و درنتیجه پیشگیری از مشکلات هیجانی و افزایش سلامت عمومی، مطالعات بیشتری نیاز است که طرح‌های آزمایشی قوی‌تری را به کار بگیرند.

بیماران مبتلابه اختلال عروق قلب[۳] در مطالعه‌ای توسط پیشکه، شِرویتز، وایدنِر و اُنریش[۴] (۲۰۰۸) بررسی شدند. علاوه بر نقش رفتارهای مربوط به سبک زندگی در اختلال عروق قلب (نظیر مصرف سیگار ، تغذیه، ورزش)، عوامل روانی اجتماعی، از قبیل استرس، خصومت، افسردگی و اضطراب، به‌عنوان عوامل خطر در اختلال عروق قلب شناسایی‌شده‌اند (شاپو[۵] و همکاران، ۲۰۰۲؛ همینگوی و مارموت، ۱۹۹۹؛ کاپر[۶]، مارموت و همینگوی،

---

۱. McNair, Lorr, & Droppleman

۲. mutation

۳. Coronary heart disease

۴. Pischke, Scherwitz, Weidner, and Ornish

۵. Chaput

۶. Kuper

۲۰۰۲). گرچه بسیاری از مطالعات بررسی کرده‌اند که چگونه تغییرات سبک زندگی، اختلال عروق قلب را تحت تأثیر قرار می‌دهند، ولی درباره‌ی اثرات این‌گونه تغییرات بر سلامت روان بیماران دارای اختلال عروق قلب اطلاعات کمی وجود دارد. درنتیجه، پیشکه و همکارانش اثرات تغییرات سبک زندگی را بر سلامت روان این دسته از بیماران ارزیابی کردند و درصدد برآمدند که مشخص کنند آیا بین تغییرات سبک زندگی و متغیرهای مربوط به قلب در بیمارانی که بیش از یک دوره‌ی پنج‌ساله مبتلابه اختلال عروق قلب هستند، ارتباطی وجود دارد.

از بیماران زن و مرد مبتلابه اختلال عروق قلب استفاده شد. آنان به شکل تصادفی در گروه مداخله (تعداد: ۲۸ نفر) و کنترل (تعداد: ۲۰ نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه عمدتاً متشکل از مردان بود که به ترتیب ۹۶٪ و ۸۰٪ از بیماران مرد در گروه مداخله و گروه کنترل بودند. بیماران در هر دو گروه در سن (اواخر ۵۰ سالگی)، تحصیلات (حداقل پایان دوره‌ی دبیرستان) و وضعیت تأهل (مزدوج یا با کسی زندگی می‌کردند) مشابه بودند. همه‌ی شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های روان‌شناختی خط پایه پاسخ دادند که سلامت عمومی، حمایت اجتماعی، خشم و اضطرار زمانی[1] را ارزیابی می‌کردند. به‌منظور آشنایی با رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم، نظیر دریافت تغذیه‌ی مناسب، ورزش صحیح، مدیریت استرس و فعالیت‌های حمایت اجتماعی، شرکت‌کنندگان گروه مداخله در یک دوره‌ی آموزشی شبانه‌روزی یک‌هفته‌ای شرکت کردند. بعد از دوره، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که این‌گونه رفتارهای مربوط به سبک زندگی سالم را حفظ کنند و علاوه بر این به مدت یک سال و هر هفته دو بار در جلسات گروهی یک‌ساعته حضور به هم رسانند. شرکت‌کنندگان می‌توانستند بعد از یک سال نیز شرکت در گروه خود-هدایتی را ادامه دهند. پرسشنامه‌های روانی اجتماعی بعد از گذشت یک سال از مداخله و مجدداً پنج سال جواب داده شد. شرکت‌کنندگان در گروه کنترل فقط به پرسشنامه‌ها جواب دادند.

نتایج نشان داد که استرس‌های ناخوشایند روانی اجتماعی به‌عنوان نتایج تغییر در سبک زندگی، حداقل در کوتاه‌مدت بهتر می‌شوند. بعد از یک سال، در مقایسه با گروه کنترل، در شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی تغییرات مثبت و معناداری در استرس‌های روان‌شناختی و بی‌خوابی دیده شد. گرچه تغییرات معنادار در پیگیری پنج‌سالگی حفظ نشد. در پیگیری پنج‌سالگی، در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، گرایش به سمت بهبودی در خصومت حفظ شد. بااین‌وجود، وقتی‌که بیماران گروه مداخله با توجه به تبعیت از برنامه تقسیم‌بندی شدند، کسانی که در گروهی قرار گرفتند که از برنامه بیشتر تبعیت می‌کردند، در پیگیری‌های یک و پنج‌ساله در استرس‌های روان‌شناختی کاهش بیشتری نشان دادند. علاوه بر این مشخص شد که پیشرفت در مدیریت استرس حتی پس از کنترل بهبودی در رژیم غذایی، با سلامت قلبی عروقی مرتبط بود. این تحقیق از اهمیتِ هدف قرار دادنِ رفتارهای متعددِ سبک زندگی و متغیرهای روان‌شناختی در کاهش اثرات اختلالات قلبی حکایت می‌کند. ضمن این‌که تحقیق ذکرشده نشان می‌دهد که جلسات تقویتیِ پیگیری به‌منظور افزایش اثربخشیِ طولانی‌مدت تغییرات رفتاری اهمیت دارند.

---

[1]. Time urgency

تبدیل تحقیق به فعالیت‌های بالینی

به‌منظور محک زدن عملیاتی بودنِ تبدیل یک برنامه‌ی آزمایشیِ پیشگیری از دیابت به یک برنامه بیمارستان محور برای کاهش وزن، پاگوتو، کانتِر، بادنلوز، گیت کایند و ما[1] (۲۰۰۸) از نظریه‌ی گسترش نوآوری‌ها[2] (ای.ام. راجرز، ۲۰۰۳) استفاده کردند تا یک برنامه‌ی تحقیقاتی به یک اقدام اجرایی در دنیای واقعی مبدل شود. نظریه‌ی گسترش نوآوری‌ها به‌عنوان یک مدل برای اشاعه‌ی خدمات مراقبت‌های بهداشتی به کار گرفته‌شده است (بیکر[3] و راجرز، ۱۹۹۸). پاگوتو و همکاران مطرح کردند که گرچه مطالعات آزمایشیِ کنترل‌شده، اثربخشی مداخلات کاهش وزن را نشان داده‌اند، موفقیت در تبدیل کردن این‌گونه مداخلات به موقعیت‌های بالینی توجه به‌مراتب اندکی را دریافت کرده است. نظریه‌ی گسترش نوآوری‌ها یک فرآیند پنج مرحله‌ای را مطرح می‌کند تا تصمیم‌گیرنده احتمال اتخاذ یک نوآوری و اجرای آن را تعیین کند. مراحل نظریه‌ی گسترش نوآوری‌ها عبارت‌اند از دانش، متقاعدسازی، تصمیم، اجرا و تائید. نظریه‌ی گسترش نوآوری‌ها به‌عنوان چارچوب تعدیل برنامه پیشگیری از دیابت در مداخله‌ی سبک زندگی به کلینیک کاهش وزنِ بیمارستان–محور استفاده شد.

پاگوتو و همکاران (۲۰۰۸) فرآیند پنج مرحله‌ای سازگار نمودن برنامه‌ی پیشگیری از دیابت برای اجرا در کلینیک یک بیمارستان را توصیف کردند. اولاً مسئولین بیمارستان در مورد برنامه‌ی پیشگیری از دیابت و دستورالعمل اجرای حرفه‌ای برنامه‌های کاهش وزن مطلع شدند. آنان عملیاتی بودن سازگار شدن برنامه‌ی پیشگیری از دیابت در کلینیک را نیز ارزیابی کردند. دوم این‌که طی مراحل متقاعدسازی و تصمیم، کارکنان بیمارستان مناسب بودن برنامه‌ی پیشگیری از دیابت را برای موقعیت خود، ارزیابی کردند و برای پذیرش برنامه تصمیم آگاهانه‌ای گرفتند. سوم این‌که برنامه با چندین اصلاح برای سازگاری با محیط بیمارستان اجرا شد. چهارم این‌که طی مرحله‌ی تائید، برنامه‌ی پیشگیری از دیابت با روال معمول کلینیک تلفیق شد، فواید آن ارزیابی شد و ارتقا یافت. برنامه‌ی پیشگیری از دیابت از سال ۲۰۰۴ وجود داشته است. برای شرکت در برنامه، از بیماران ارزیابی‌های پزشکی و رفتاری به عمل می‌آمد که شامل ارزیابی پزشکی توسط پزشک و ارزیابی طب رفتاری توسط روانشناس سلامت بود.

بعد از ۱۸ ماه تلفیقِ برنامه با فعالیت‌های معمول، برای ارزیابی فواید برنامه محققان ۱۱۸ بیمار را ارزیابی کردند که فاز اصلی را گذرانده بودند. میانگین کاهش وزن بعد از ۱۶ هفته در برنامه، ۵/۵۷ کیلوگرم بود و ۴۹٪ از بیماران موفق شده بودند وزن خود را به شکلی معنادار کاهش دهند. در مقایسه با نتایج تحقیقاتیِ برنامه‌ی اصلی

---

۱. Pagoto, Kantor, Bodenlos, Gitkind, and Ma

۲. Diffusion of innovations theory:

(نظریه‌ای است که به این موضوع می‌پردازد که چگونه، چرا و با چه سرعتی یک ایده یا فناوری گسترش می‌یابد. ویکی‌پدیا،م)

۳. Backer

پیشگیری از دیابت، بیمارانِ کلینیکِ کاهش وزن به آن سطح از کاهش وزن نرسیدند. علاوه بر این، شرایط همبود (نظیر دیابت نوع دوم، افسردگی) در مقایسه با نمونه‌ی تحقیقاتی برنامه‌ی پیشگیری از دیابت، در کلینیک به‌مراتب بالاتر بود. البته بیمارانی که فاقد شرایط همبود بودند، به‌اندازه‌ی نمونه‌ی اصلیِ تحقیقاتیِ برنامه‌ی پیشگیری از دیابت کاهش وزن یافتند. یک نظرسنجی در مورد رضایت بیماران حاکی از آن بود که بیماران از برنامه ذکرشده یادگیری بیشتری داشتند و باوجودی که ۹۰٪ آنان از برنامه راضی بودند، ولی فقط ۵۶٪ بیماران از کاهش وزن خود راضی بودند. نتایج حاصل از این تحقیق اجرایی بیان می‌کند که با استفاده از نظریه‌ی گسترش نوآوری‌ها به‌عنوان یک چارچوب، تبدیل یافته‌های تحقیق بالینی به موقعیت اجتماعیِ بیمارستان–محور مقدور است. باوجودی که بیماران کلینیک به سطح کاهش وزن مدنظر در برنامه‌ی اصلی پیشگیری از دیابت دست نیافتند، ولی مراجعان شرایط همبود بیشتری داشتند و بسیاری از بیماران در سطوح معنادار بالینی مشخصاً به کاهش وزن دست یافتند (پاگوتو همکاران، ۲۰۰۸). به‌منظور ارزیابی این‌که کاهش وزن بیمار طی دوره‌ی طولانی‌تر حفظ خواهد شد، تحقیقات مداخله‌ای بیشتری ضروری است. علاوه بر این، مهم است که برنامه‌ی پیشگیری از دیابت با دیگر برنامه‌های بالینی کاهش وزن مقایسه شود. اهمیت تحقیق ذکرشده به‌این‌علت مهم است چراکه تلاش کرده است نتایج یک مطالعه‌ی تحقیقاتی را در یک موقعیت بالینی تکرار کند. باوجودی که در موقعیت بالینی همان نتایج پروژه‌ی تحقیقاتی حاصل نشد، ولی در مطالعه‌ی بالینی نتایج مثبتی حاصل شد و مهم‌تر این‌که چالش‌های مرتبط با تبدیل کردن نتایج مطالعه‌ی تحقیقاتی به اقدام بالینی در موقعیت‌های مراقبت بهداشتی را موردتوجه قرار داد.

در دهه‌های اخیر، دیابت شیرین[1] همه‌گیر[2] شده است (مُکداد[3] و همکاران، ۲۰۰۱). اگرچه آموزش پیشگیری از دیابت معطوف به کاهش وزن و سطح قند خون است، اغلب توضیح داده نمی‌شود که چطور به تغییرات سبک زندگی دست‌یافت که برای پیشگیری از عوارض سلامتیِ وابسته به دیابت، ضروری هستند (استِتسِن، کاریکو، بیچام، زایگلر و موکشاگاندام[4]، ۲۰۰۶). درنتیجه، استتسن و همکاران (۲۰۰۶) یک مداخله‌ی تغییر رفتار را طراحی کردند که شامل شش جلسه گروهی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بود که به‌منظور آگاهی بر موانع خود–مراقبتی، کاهش افکار دوقطبی در مورد دیابت و افزایش خود–تنظیمی طراحی شد. بیست شرکت‌کننده در سه گروه همگن متوالی[5] ثبت‌نام شدند. به آنان پیش‌آزمون داده شد که شامل مقیاس‌های شاخص‌های مرتبط با سلامت (نظیر آزمایش خون، وزن)، فعالیت بدنی، رفتارهای خوردن و مدیریت استرس بود. علاوه بر این از بیماران خواسته شد که اهداف

---

۱. Diabetes mellitus

۲. Epidemic

۳. Mokdad

۴. Stetson, Carrico, Beacham, Ziegler, & Mokshagundam

۵. Sequential

فردی خود برای بهبود عادات سلامت را یادداشت کنند. شانزده نفر از ۲۰ شرکت‌کننده ارزیابی‌های پس از مداخله را انجام دادند.

نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که بعد از مداخله، در رفتارهای غذا خوردن، فعالیت جسمانی، راهبردهای مدیریت استرس/خلق، وزن، فشارخون، یا آزمایش روزانه و گزارش‌شده‌ی قند خون تغییراتی مشاهده نشد. گرچه نتایج حاصل از هدف‌گذاری نشان داد که از پیش از مداخله تا پس‌ازآن شرکت‌کنندگان در هدف‌گذاری خود دقیق‌تر شدند، ولی نتایج به معناداری آماری نرسید. به‌رغم فقدان یافته‌های معنادار یا تغییر در رفتارِ ارزیابی‌شده، شرکت‌کنندگان از برنامه بسیار راضی بودند. استتسن و همکاران (۲۰۰۶) نتیجه‌گیری کردند که مداخله‌ی کوتاه‌مدت توسط شرکت‌کنندگان مؤثر تلقی شد و ممکن است این موضوع تغییرات مثبت سلامت را در آینده تسهیل کند. آنان تأکید کردند که روان شناسان می‌توانند نقش مهمی در به وجود آمدن تغییرات رفتاری مرتبط با سلامتی در موقعیت‌های سلامت بالینی ایفا کنند. درنتیجه، برنامه‌ای نظیر برنامه‌ی مذکور می‌تواند از عوارض اضافی دیابت جلوگیری کرده و نتایج کلی سلامت را بهبود دهد. بدین ترتیب، این برنامه به‌عنوان یک مداخله‌ی پیشگیری انتخابی یا مشخص عمل می‌کند.

طیف اختلال اُتیسم

شناسایی زودهنگام و درمان طیف اختلالات اُتیسم در کودکان مبتلا، نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد (داوسِن[۱] و همکاران، ۲۰۰۷). پیرس[۲] و همکاران (۲۰۱۱) عملی بودن یک برنامه‌ی پیشگیری همگانی را محک زدند. این برنامه برای غربالگری کودکان دارای طیف اختلال اتیسم، تأخیر زبانی و تأخیر رشدی در ارزیابی یک‌ساله آنان طراحی شد. با استفاده از شبکه‌ی رسمی متخصصان کودک در بخش سن دیگو، پیرس و همکاران مقیاس‌های ارتباط و رفتارِ سمبولیکِ نیمرخِ رشدی نوزادان–فهرست بازبینی کودکان نوپا[۳] (وِتربای، برازنان–مَدِکس، پیس و نیوتن[۴]) را بکار گرفتند. مقیاس‌های مذکور توسط والدین پر می‌شد و کادر پزشکی آن را نمره‌گذاری می‌کرد. بعد از ارزیابی توسط متخصص اطفال، کودکان غربال شدند. کودکان یک‌ساله‌ای که از پس غربالگری برنمی‌آمدند برای ارزیابی و سنجش بعدی ارجاع می‌شدند. کودکانی که بعد از غربالگری سنجش شدند تا وقتی‌که به سن ۳۶ ماهگی می‌رسیدند، هر شش ماه مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

طی دوره‌ی تحقیق، ۱۰۴۷۹ کودک غربال شدند. از بین کودکان غربال‌شده، ۱۳۱۸ کودک در آزمون مردود شدند و ۳۴۶ کودک برای سنجش رشدی بیشتر ارجاع شدند. از بین کودکان ارجاع شده، ۲۰۸ کودک برای

. Dawson۱

. Pierce۲

. the Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile Infant-Toddler Checklist۳

۴. Wetherby, Brosnan-Maddox, Peace & Newton

سنجش‌های بعدی وارد فهرست شدند و از ۱۸۴ کودک به‌منظور ارزیابی رشدی حداقل دو بار بازدید به عمل آمد. تمرکز پژوهش بر روی این ۱۸۴ کودک و ۴۱ کودک دیگر قرار گرفت که به شکل تصادفی از گروه کنترل انتخاب شده بودند. در زمان چاپ تحقیق، همه‌ی کودکان حداقل تا ۲۴ ماهگی پیگیری شدند. نتایج نشان داد که ۳۷ کودک با طیف اختلال اتیسم شناسایی شدند و پنج کودک که در ابتدا با طیف اختلال اتیسم شناسایی شدند در پیگیری فاقد معیار تشخیصی بودند. درمجموع ۳۲ کودک تشخیص نهایی طیف اختلال اتیسم را دریافت کردند. در خصوص دیگر تشخیص‌های رشدی، ۵۶ مورد به‌عنوان ناتوانی یادگیری و نُه مورد به‌عنوان تأخیر در رشد، شناسایی شدند و ۳۶ مورد نیز تحت عنوان تشخیص‌های دیگر طبقه‌بندی شدند. چهل‌وشش کودک مثبت کاذب[۱] در نظر گرفته شدند و در ارزیابی بعدی هیچ نابهنجاری رشدی نشان ندادند (پیرس و همکاران، ۲۰۱۱).

تحقیق پیرس نشان داد که برنامه‌ی غربالگری طیف اختلال اتیسم، به شناسایی و تشخیص زودهنگام این اختلال و دیگر اختلالات رشدی سرعت می‌بخشد. ازآنجایی‌که فقط ۲۲٪ از متخصصان اطفال یک سال پیش از شروع برنامه این‌گونه اختلالات را غربالگری می‌کردند، این موضوع نشان‌دهنده‌ی اهمیت غربالگری طیف اختلال اتیسم از سال اول است، به‌ویژه این‌که غربالگری طیف اختلال اتیسم ماهیتاً از ۱۸ ماهگی شروع می‌شود (پیرس و همکاران، ۲۰۱۱). یک سؤال در مورد برنامه‌ی غربالگری تفاوت بین تعداد کودکانی است که در آزمون غربالگری مردود شدند (تعداد: ۱۳۱۸ نفر) در مقایسه با تعداد کودکانی که برای سنجش‌های اضافی ارجاع شدند (تعداد: ۳۴۶ نفر) و تعداد کودکانی که حداقل طی دو نوبت پیگیری شدند (تعداد: ۱۸۴ نفر). محققان معتقد بودند که ممکن است متخصصان اطفال بعضاً در رابطه با برخی از کودکان پیگیری نکرده‌اند، یا برخی از کودکان را به سازمان‌های مختلف ارجاع داده‌اند، یا گمان کرده‌اند که کودک نیازی به ارزیابی اضافی ندارد. برای درک بهتر این‌که چرا متخصصان فقط بخش اندکی از آن دسته از کودکان را ارجاع دادند که در غربالگری مردود شده بودند، مطالعات دیگری نیاز است و این‌که آیا این موضوع به علت سرپیچی یا مبتنی بر قضاوت بالینی بوده است. بااین‌وجود، درمجموع برنامه‌ی پیشگیریِ ذکرشده نویدبخش شناسایی کودکانِ مبتلابه طیف اختلال اتیسم در سال‌های اولیه‌ی زندگی است. علاوه بر این، پیرس و همکاران گزارش کردند که ۹۲٪ از متخصصان اطفال که در این برنامه شرکت کردند به نظرسنجیِ رضایت از برنامه‌ی غربالگری جواب دادند و ۹۶٪ از آنان بیان کردند که برنامه‌ی مذکور توان عملی آنان را افزایش داد. اطلاعات اخذشده از متخصصان نتیجه‌ی مهم این برنامه است.

بهبودی افسردگی در بیماران سالمند

همانطوریکه گفته شد، افسردگی در بسیاری از بیماران سالمند مشکل اساسی سلامت است و بیمارانی که افسرده هستند بیشتر در معرض خودکشی قرار دارند. درنتیجه، بهبودی افسردگی در بیماران مسن هدف مهم در

---

[1]. False positive

درمان است (اَلِکساپلولوس[۱] و همکاران، ۲۰۰۵). الکساپلولوس و همکاران (۲۰۰۵) درصدد برآمدند که با توجه به زمان اولین بهبودی در مراقبت اولیه از بیماران افسرده، بررسی کنند که آیا مدل مدیریت موردیِ[۲] مراقبت در مقایسه با مراقبت‌های معمول کارآمدتر است.

اطلاعات تحلیل‌شده از مدل مدیریت موردیِ مراقبت در این تحقیق بخشی از مجموعه اطلاعات وسیع‌تری است که در "پیشگیری از خودکشی در مراقبت اولیه از سالمندان: اقدام مشترک " جمع‌آوری شده است (بروس و همکاران،۲۰۰۴). در اقدام اولیه، بروس و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کردند سالمندانی که افسرده بوده و در مراقبت از آنان از رویکرد مدیریت موردی استفاده شد، در مقایسه با بیماران مسنی که مراقبت‌های معمول را دریافت کردند، طی یک دوره‌ی ۱۲ ماهه، علائم افسردگیِ کمتر و نرخ بهبودیِ بیشتری را نشان دادند. متصدیان مدیریت موردی در این مدل، آسیب‌شناسی روانی و اثرات جانبی داروها را زیر نظر گرفتند، به پزشکان مسئول در مراقبت اولیه توصیه‌هایی ارائه کردند و به بیماران کمک کردند که به توصیه‌های درمانی پایبند باشند. علاوه بر این در صورت ضرورت مراقبت‌های پیگیری را نیز ارائه کردند، ولی پزشک، مسئول مراقبت از بیماران بود.

الکساپلولوس و همکاران (۲۰۰۵) بر زمان اولین بهبودی از افسردگی و شدت افسردگی متمرکز شدند. فرض تحقیق بر این بود بیمارانی که مراقبتِ مدیریتِ موردی را دریافت می‌کنند، در مقایسه با بیمارانی که از مراقبت‌های معمول برخوردار هستند، سریع‌تر به نرخ اولین بهبودی می‌رسند، حال‌آنکه بیماران دارای مشکلات بالینی پیچیده‌تر (نظیر ناتوانایی‌ها) ممکن است با احتمالی کمتر به همان سرعت بهبودی یابند. علاوه بر این، محققان امیدوار بودند که آن دسته از عوامل خطر که در بهبود نیافتن در بیمارانی که مدیریت موردی برای آنان از مراقبت‌های معمول مؤثرتر بود را شناسایی کنند.

تحلیل نهایی اطلاعات با استفاده از ۲۱۵ فرد مسن انجام شد که واجد ملاک‌های افسردگی اساسی بودند و طی دوره‌ی پیگیری چهارماهه ارزیابی‌شده بودند. یافته‌ی مهم در پژوهش این بود که در مقایسه با بیمارانی که مراقبت‌های معمول را دریافت کردند، مداخله‌ی مدیریت موردیِ مراقبت از بیماران سالمندی که افسرده بودند، بهبودی در افسردگی را تسهیل نمود و بهبودی، سریع‌تر به دست آمد. البته، دیگر نتایج بین دو گروه ظریف‌تر بود. برای مثال، طی مراحل اولیه‌ی تحقیق، بیمارانی که در گروه مدیریت موردی از سطح ناامیدی بالاتری برخوردار بودند، در مقایسه با بیمارانی که در گروه مراقبت‌های معمول قرار داشتند، نرخ بهبودی بالاتری داشتند، ولی این تفاوت‌ها طی ۱۸ ماه باقیمانده از تحقیق ثابت باقی نماند؛ سالمندانی که افسرده بودند و دارای چندین اختلال همبود بودند، بدون توجه به نوع مراقبت متوجه میزان بهبودی نشدند. بااین‌وجود، رویکرد مدیریت موردیِ

---

۱. Alexoploulos

۲. Case management model: (هماهنگی در خدمات است وقتی که فرد به‌عنوان یک "کیس " در موقعیت‌های مختلفی نظیر مراقبت‌های: بهداشتی، توان‌بخشی، مددکاری اجتماعی و... در نظر گرفته می‌شود. م)

"پیشگیری از خودکشی در مراقبت اولیه از سالمندان: اقدام مشترک " در مقایسه با مراقبت‌های اولیه به‌عنوان رویکرد درمانی در بیماران سالمند و افسرده چندین فایده دارد و این نمونه از مراقبت می‌تواند مقرون‌به‌صرفه تر باشد و برای آن دسته از بیمارانی که افسرده هستند راحت‌تر در دسترس قرار گیرد. افزایش نرخ بهبودی در افسردگی سالمندان و پیشگیری از عود مجدد افسردگی، اهداف مهم درمانی در درمان و پیشگیری از افسردگی سالمندان در موقعیت‌های مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی است.

کارزارهای[1] سلامت عمومی

کاگلمن، تلوال و داوز[2] (۲۰۱۱) برای ارزیابی کارزارهای سلامت عمومیِ برخط[3] که تغییر رفتارهای مثبت در حوزه‌ی سلامتی را تشویق می‌کنند، یک پژوهش تحلیل عاملی را اجرا کردند. این نمونه از تحقیق‌های همگانی در سطح مداخلات کلان برای ارزیابی تأثیرات مداخلات پیشگیرانه‌ی همگانی مهم است. مداخلات پیشگیرانه‌ی همگانی که برخط اجرا می‌شوند، علاوه بر مقرون‌به‌صرفه بودن، فواید به‌کارگیری سریع، هوشمندانه و قابل‌حمل فن‌آوری را ارائه می‌کنند. این مطالعه منحصربه‌فرد است چراکه باوجود کارزارهایی که در شبکه‌های اینترنتی برگزارشده و مردم را تشویق می‌کند که رفتارهای مربوط به سبک زندگی خود را نظیر افزایش ورزش و قطع مصرف سیگار تغییر دهند، ولی برای توسعه‌ی این‌گونه مداخلات دستورالعمل‌های اندکی وجود دارد و مواردی که گسترش‌یافته‌اند، فاقد داده‌های مربوط به اثرات آنان است. این تحقیق تلاش کرد که درک ارتباط بین مداخلات را افزایش دهد و پیروی از توصیه‌ها و نتایج رفتاری را نیز بررسی کند.

باوجودی که یک تحقیق نظام‌مند ۱۲۷۱ چکیده و مقاله را به‌عنوان تحقیقاتی شامل می‌شد که در این تحلیل عاملی جای می‌گرفتند، ولی فقط ۳۱ مورد از آنان واجد ملاک‌های شمول شدند (کاگلمن و همکاران، ۲۰۱۱). درمجموع، ۲۹ مقاله که ۳۰ مداخله را توصیف می‌کردند در تحلیل عاملی اولیه لحاظ شدند و دو مطالعه‌ی اضافی، برای تحلیل تبعیت از مطالب، واجد شرایط شدند. با استفاده از مدل تأثیرات تصادفی[4]، اولین تحلیل، اندازه‌ی اثر[5] کلی را ارزیابی کرد که شامل گروه‌بندی به‌واسطه‌ی شرایط کنترل و عوامل زمانی بود.

---

۱. Campaign:(مجموعه‌ای از اقدامات به‌منظور دستیابی به یک نتیجه‌ی مشخص.لانگمن)

. Cugelman, Thelwall, and Dawes۲

. Online۳

۴. Random effects model:

(نمونه‌ای از مدل خطیِ سلسله مراتبی است که فرض بر آن دارد که اطلاعاتی که قرار است تحلیل شوند، از سلسله مراتبی از جمعیت‌های مختلف اخذ می‌شوند که تفاوت‌ها ناشی از سلسه مراتبی بودن آنان است.ویکی‌پدیا.م).

۵. Size effect:

(در آمار، اندازه‌ی اثر مقیاسی کمی است که توان یک پدیده را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی نمونه‌ای از اندازه‌ی اثر است: .ویکی‌پدیا.م)

تحلیل دوم تأثیر ویژگی‌های طرح روان‌شناختی را ارزیابی کرد که با طبقه‌بندی‌های مبتنی بر شواهدِ طب رفتاری، فن‌آوری متقاعدسازی[۱] و دیگر حوزه‌های تأثیر رفتاری کدگذاری شده بودند. این سیستم‌های مجزا در چارچوبی یکپارچه شدند که مدل مؤلفه‌های تأثیر مبتنی بر روابط[۲] نام گرفت. درنهایت، تحلیل سوم ارتباط بین پیروی از مداخلات و نتایج رفتاری را ارزیابی کرد.

در تمامی مطالعات، تأثیر کلی مداخلات برخط ازلحاظ آماری معنادار بود. در مقایسه با گروه‌های انتظار و دارونما، بیشترین تأثیر با سطح متوسطی از اثربخشی در مداخلات برخط به دست آمد. بیشترین تأثیر بعدی، مقایسه با مداخلات برخطی بود که از دقت کمتری برخوردار بودند. وقتی مداخلات برخطِ پیشرفته با مداخلات چاپ‌شده‌ی دقیق مقایسه شدند، هیچ تفاوت معناداری دیده نشد. البته مداخلات بر خط مقرون‌به‌صرفه تر بوده و دارای این قابلیت بودند که به دست افراد بیشتری برسند. زمان، عامل خاصی بود، چراکه مداخلات کوتاه‌مدت‌تر عموماً تأثیرات و پیروی بیشتری را محقق می‌کردند. اکثر مداخلات از مدل بین نظری تغییر، اخذشده بودند (پروچاسکا و همکاران، ۲۰۰۹). مداخلات هدف–محور بودند، از مؤلفه‌های اثرگذاری متعددی برای نشان دادن پیامدهای رفتار استفاده کردند، به استفاده‌کنندگان کمک می‌کردند که به اهداف برسند و فشار هنجاری ایجاد کردند. نتایج، همبستگی بین تعداد مؤلفه‌های تأثیر و اثربخشی مداخله را نشان داد. علاوه بر این همبستگی بین پیروی از مداخله و نتایج رفتاری را هم نشان داد.

این یافته‌ها حاکی از آن است که مداخلات برخط دارای این قابلیت هستند که بر رفتارهای داوطلبانی تأثیر می‌گذارند که به‌طورمعمول هدف کارزارهای سلامت عمومی قرار می‌گیرند. با توجه به دسترسی و هزینه‌های اندک فناوری‌های برخط، شایسته است برای گسترش کارزارهای سلامت عمومی که سامانه‌های شبکه‌های اجتماعی شخصی شده را با رویکردهای رسانه‌های جمعی ترکیب می‌کنند، دانشمندان علوم رفتاری با دیگر متخصصان فعالیت کنند. این‌گونه ترکیب رویکردها به افراد کمک می‌کند که به اهداف فردی خود در بهبود کیفیت زندگی برسند و درنتیجه با کاهش هزینه‌های پزشکی در ایجاد جامعه‌ای سالم‌تر سهیم شوند.

نوجوانان و پیشگیری سلامت–محور

در کاربرد منحصربه‌فرد دیگری از مداخله‌ی پیشگیرانه‌ی مبتنی بر موقعیت‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامتی، تاوِراس[۳] و همکاران (۲۰۰۷) از ۳۲۴ نوجوانِ ۱۰ تا ۱۸ سال (میانگین، ۱۳/۷ ساله) نظرسنجی کردند که طی سال گذشته در یک ارزیابی جسمانی شرکت کرده بودند. هفتادوشش درصد از نوجوانان، سیاه‌پوست یا اسپانیایی‌تبار بودند.

. Persuasive technology۱

. The communication-based influence components model۲

. Taveras۳

در نظرسنجی از شرکت‌کنندگان در مورد موضوعاتی سؤال شد که متخصصان سلامتی طی ارزیابی جسمانی سال گذشته از آنان پرسیده بودند. نوجوانان گزارش کردند که در رابطه با موضوعاتی نظیر رژیم غذایی و میزان تماشای تلویزیون که منجر به افزایش وزن می‌شود، به‌ندرت مشاوره‌ی پیشگیری دریافت کردند. علاوه بر این، محققان دریافتند نوجوانانی که مادران شان تحصیلات پایین‌تری داشتند، احتمال کمتری داشت که درباره‌ی اضافه‌وزن ، مشاوره‌ی پیشگیری دریافت نمایند. در ضمن محققان متوجه شدند که پاسخ‌دهندگان کم سن تر گزارش کردند که اگر متخصص سلامتی به آنان توصیه می‌کرد عادات تماشای تلویزیون خود را تغییر دهند، انگیزه‌ی بیشتری پیدا می‌کردند. این تحقیق اهمیت بحث در مورد رفتارهای مربوط به سبک زندگی با نوجوانان و والدین طی ارزیابی‌های رایج جسمی را بیان می‌کند که لازم است توسط متخصصان سلامت مطرح می‌شود.

خلاصه

این فصل مواردی از برنامه‌ها و فعالیت‌های پیشگیری را ارائه کرد که در فضاهای پزشکی و محله‌ای انجام می‌شوند. همچون مثال‌هایی که در فصل قبل مرور شد، این‌گونه مداخلات کاربردهای متنوعی در فضاهای پزشکی و محله‌ای دارند. تعداد برنامه‌های پیشگیری در این‌گونه موقعیت‌ها در حال رشد است، ولی با توجه به تاریخچه‌ی طولانی مدت تر مداخلات پیشگیری در فضاهای آموزشی، تعداد آن‌ها به‌مراتب کمتر است. بااین‌وجود، در محله‌ها اجرای برنامه‌های پیشگیری برای دوره‌های مختلف زندگی درحال‌توسعه است. یکی از منابع مفید در محله‌هایی که تمایل به توسعه‌ی مداخلات پیشگیری دارند، *تمرکز بر پیشگیری*[۱] نام دارد که توسط اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد (۲۰۱۰) ارائه می‌شود. نشریه‌ی عمل–محور مذکور، دستورالعمل‌ها، فرایندها و منابعی را برای محله‌هایی فراهم می‌کند که به توسعه یا تقویت فعالیت‌های پیشگیرانه‌ی محله‌ای خود علاقه‌مند هستند.

در موقعیت‌های پزشکی، امکانات متنوعی برای روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان موجود است. با توجه به تخصص آنان در ارتقای تغییرات مثبت رفتاری به‌منظور بهبود سلامتی و آسایش، احتمال آن می‌رود که در آینده امکانات برای آنان افزایش یابد. طیف مداخلات و پژوهش‌های بحث شده در این فصل، برخی از امکانات را نشان می‌دهد. اکثر مداخلات روان‌شناختی برای افرادی ارائه می‌شود که پیش‌تر تشخیص پزشکی دریافت کرده بودند. البته مداخلات پیشگیری به‌عنوان مکملِ روش‌های استاندارد پزشکی و برای کمک به مدیریت تأثیر علائم و استرس‌های روان‌شناختی بیماری‌ها گسترش یافته‌اند. در محیط‌های پزشکی، فعالیت‌های پیشگیری انتخابی و مشخص از مداخلات پیشگیری همگانی رایج‌تر هستند. روان شناسان و متخصصان سلامت روان کسانی هستند که لازم است درگیر اقدامات پیشگیرانه در موقعیت‌های پزشکی شوند.

رفتارهای سبک زندگی عامل مهمی در بروز مشکلات اساسی جسمانی هستند. مراکز مراقبت‌های بهداشتیِ اولیه، اغلب اولین مکان‌هایی هستند که توصیه‌های تخصصی و درمان مشکلات احتمالی یا اصول پیشگیری را

---

[۱]. Focus on Prevention

مراجعان، ارائه می‌کنند. این مراکز مکان‌هایی هستند که بیماران، معاینه‌های بدنی دوره‌ای و غربالگری‌های سلامتی را نیز انجام می‌دهند. طی این‌گونه جلسات، متخصصان پزشکی با توجه به مصرف سیگار، مواد مخدر، آمیزش‌های جنسی ناایمن، اضافه‌وزن و غیره، مشکلات احتمالی مربوط به‌سلامت را شناسایی می‌کنند. غربالگری در این‌گونه رفتارها اولین قدم است تا به بیماران در تشخیص خطر کمک شود. روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان می‌توانند در تدوین نظرسنجی از مراجعان، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماران و چگونگی استفاده از عوامل محافظ و خطر در گفتگوها، کمک کنند.

روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان در کمک به افراد برای ایجاد تغییرات رفتاری ماهر هستند. البته، برای کار با بیماران در موقعیت‌های پزشکی لازم است امکانات مناسبی برای متخصصان روان‌شناسی وجود داشته باشد. می‌توان اقدامات پیشگیری با بیماران را از طریق مداخلات گروهی محقق کرد. روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان که مداخلات گروهی را با متخصص مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ می‌کنند، موجب افزایش اثربخشی مداخلات می‌شوند. مداخله‌ی گروهی مقرون‌به‌صرفه است و در مقایسه با جلسات فردی می‌تواند برای بیماران جذاب‌تر باشد.

همان‌طوری که در این فصل مطرح شد، افسردگی وضعیت همبود و شایعی در سرطان و دیگر بیماری‌های مهلک است. بیماری‌های خطرناک می‌توانند روابط بیمار و پویایی خانواده را نیز مختل کنند. گروه درمان پزشکی که متوجه احتمال شرایط روان‌شناختی همبود پس از تشخیص می‌شوند، می‌توانند برای شناسایی افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روان‌شناختی بیماران را غربال کرده و در صورت نیاز، مراجعه به متخصصان سلامت روان را توصیه کنند.

دیگر حوزه‌های پیشگیری در موقعیت‌های پزشکی که متخصصان سلامت روان می‌توانند اثرگذار باشند، آموزش ضمن خدمت به کارکنان پزشکی در رابطه با مسائل روانی و خانوادگیِ همراه با تشخیص‌های پزشکی است. متخصصان سلامت روان دارای این توانایی هستند که به کادر پزشکی در رابطه با موارد شخصی نظیر استرس کار، فرسودگی شغلی و توسعه و حفظ راهبردهای خود-مراقبتی یاری برسانند. این حوزه‌ها در موقعیت‌های پزشکی به این علت مهم هستند که بیماران با مشکلات جدی سلامتی مواجه می‌شوند. موضوع دیگر این است که متخصصان سلامت روان می‌توانند در تقویت مطالب مندرج در مطبوعات و پیام‌های الکترونیک فعالیت کنند. این دست از مطالب، بیماران را به شرکت در رفتارهای پیشگیرانه‌ای نظیر واکسن آنفلوانزا، تغذیه‌ی صحیح، واکسن‌های نوزادان و غیره تشویق می‌کنند. لازم است مواد آموزشی و پیغام‌ها تناسب فرهنگی داشته و به تفاوت‌های فرهنگی و قومی محله دقت شود. درنتیجه، سازگاری مواد آموزشی و پیغام‌ها با گروه‌های مشخصی از جمعیت محله احتمال تأثیر مواد آموزشی را افزایش داده و ارتباطات را تقویت می‌کند.

روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان می‌توانند در آینده نقش پررنگ‌تری در سلامت عمومی به عهده بگیرند. در این فصل انواع امکانات در اجتماع و فضاهای مراقبت‌های بهداشتی ارائه شد. البته، چالش‌های مربوط به اعتبارات مالی و پرداخت‌های بیمه برای فعالیت‌های پیشگیرانه در موقعیت‌های اولیه‌ی پزشکی نیاز به این دارد که مورد توجه قرارگرفته و رفع شوند. این‌گونه خواهد بود که تاثیر روان‌شناسی در افزایش سلامتی و آسایش از طریق مشارکت در مداخلات پیشگیرانه، درک خواهد شد.

فصل ۸

توصیه‌هایی برای توسعه، اجرا و ارزیابی مداخلات پیشگیری

دستورالعمل انجمن روان‌شناسی آمریکا برای پیشگیری در روان‌شناسی (۲۰۱۴)(نگاه کنید به‌ضمیمه‌ی الف) اهداف آرمانی را برای گسترش و اجرای برنامه‌های پیشگیری ارائه کرد. در *دستورالعمل پیشگیری* مواردی وجود دارد که توصیه می‌کند روان شناسان مداخلات پیشگیرانه‌ای را طراحی و اجرا کنند که مبتنی بر نظریه و شواهد بوده، در ارتباط با فرهنگ باشند، به موارد اخلاقی در طراحی و اجرای پیشگیری دقت کنند، پیشگیری از رفتارهای آسیب‌زا را مدنظر قرار دهند و رفتارهای تقویت‌کننده‌ی سلامتی را ارتقا دهند. علاوه بر توجه به پیشگیری در سطوح فردی و شخصی، این دستورالعمل توصیه می‌کند که روان شناسانِ پیشگیری دانش و مهارت‌های پیشگیری را برای شرایط اجتماعی گسترده‌تر به‌کارگیرند و از داده‌ها و دانش این علم به‌منظور ارائه‌ی اطلاعات برای تصمیم‌گیری مربوط به سیاست‌گذاری‌های عمومی استفاده شود.

باوجودی که دستورالعمل پیشگیریِ انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۴) پایه‌ی وسیعی را فراهم می‌کند که بر اساس آن مداخلات پیشگیری طراحی و اجرا شوند، این فصل توصیه‌های مشخصی را برای طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های پیشگیری در سطوح مختلف ارائه می‌کند. ممکن است طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری چالش‌برانگیز باشند (اِمبری[1]، ۲۰۰۴؛ جولیان، راس و پارتریدج، ۲۰۰۸)، ولی لازم است چالش‌ها رفع شده و مداخلات به‌واسطه‌ی حضور در فعالیت‌ها و فرآیندها در سطوح مختلفِ اقدامات پیشگیری تقویت شوند. دستورالعمل پیشگیری و توصیه‌های مشخص‌تر در این فصل، ورای موقعیت یا جمعیت مدنظر در یک اقدام پیشگیری، کاربرد دارند.

درنتیجه، این فصل فعالیت‌هایی را توصیه می‌کند که توسط متخصصان پیشگیری در مراحل اولیه، میانی و پایانی یک مداخله‌ی پیشگیری قابل‌اجرا است. علاوه بر این، در این فصل سه موضوع مهم در اجرا و ارزیابی برنامه‌ی پیشگیری مطرح می‌شود: ارزیابی درستی و صحت برنامه‌ی پیشگیری از طریق ۱۶ برنامه‌ی اجتماع-محور، درس‌های کسب‌شده از انتقال یک برنامه‌ی پیشگیریِ دانشگاه-محور به اجتماع و ملاحظات در مورد

---

1. Embry

فعالیت‌های پیشگیری در محیط‌های پزشکی. این موضوعات برای متخصصان پیشگیری از ارزش آموزشی برخوردار هستند، چراکه ابعاد درستی اجرای یک برنامه را روشن می‌کنند، چالش‌های همراه با انتقال یک برنامه‌ی دانشگاه–محور به یک موسسه‌ی اجتماعی را مشخص می‌کنند و فعالیت‌های پیشگیری را برای روان شناسان و دیگر تخصص‌های سلامت روان در فضاهای پزشکی–موقعیت‌هایی که قابلیت بالاتری در اجرای روان‌شناسی پیشگیری دارند– آشکار می‌سازند.

مرحله‌ی اولیه

گروه مشورتی[1]

اولین قدم در طراحی یک مداخله‌ی پیشگیری راه‌اندازی گروهی از ذینفعان تأثیرگذار به‌عنوان یک گروه مشورتی است. این گروه متشکل از اعضای نهاد یا اجتماعی است که درنهایت قرار است مداخله در آنجا انجام شود. به شکلی مطلوب، این گروه، از ساختارهای مختلفی تشکیل شده و بیانگر ویژگی‌های جمعیت شناختیِ نهاد یا اجتماع است. ممکن است در یک اجتماع، ذینفعان مهم شامل نهادها و دفاتر خدمات اجتماعی و بخش‌های اِعمال قانون، آموزش، مؤسسات خدمات اجتماعی و پزشکی، بدنه‌های دولتی و سیاست‌گذاری، تشکل‌های دینی و تجاری باشد. گروه مشورتی می‌بایست به‌گونه‌ای با مداخله‌ی پیشگیری مرتبط باشد که بیانگر تنوع در آن محله نیز باشد (برای مثال، سن، وضعیت اجتماعی اقتصادی، نژاد/قومیت و جهت‌گیری‌های جنسی). گروه مشورتی زمانی به‌درستی به هدف خود خواهد رسید که جامع بوده و بیانگر عقاید و دیدگاه‌های مختلف باشد. پس از شکل‌گیری گروه مشورتی، برای برآورده شدن بهتر نیازهای پیشگیری، لازم است گروه، نیازسنجی رسمی‌تری را مدنظر قرار دهد. گروه مشورتی می‌تواند به‌عنوان کمیته‌ی ثابت، راهنمایی ارائه کرده و در رابطه با طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه موردنظر، به شکلی منظم مورد مشورت قرار گیرد.

ارزیابی نیازهای اجتماع

لازم است از چه آسیب‌هایی حتماً پیشگیری شود، یا لازم است چه رفتارهایی حتماً ارتقا یابند؟ با توجه به آسیب یا آسیب‌های شناسایی‌شده، یک نیازسنجی جامع باید نیازهای فردی، اجتماعی یا نهادی را اندازه‌گیری کند که در رابطه با آن‌ها، عامل خطر محسوب می‌شوند. به همین ترتیب لازم است رفتارهایی شناسایی شوند که حکم عوامل محافظ را دارند. بسیاری از مواقع تأکید بر پیشگیری حول پیشگیری از آسیب می‌چرخد، ولی عوامل محافظ که به سبک شدن آسیب کمک می‌کنند، به همان میزان مهم هستند. فهرست سرمایه رشدی و نواقص که توسط موسسه سرچ تهیه شده است نمونه‌ای از ویژگی‌های اجتماعی است که ممکن است در بروز یک آسیب در یک محله نقش داشته باشند یا به عنوان عوامل محافظ در یک اجتماع عمل کنند (بِنسِن، ۲۰۰۶). نمونه‌های عوامل

---

[1] . Advisory group

محافظ در برابر رفتارهای آسیب‌زا در کودکان و نوجوانان شامل این موارد است: (الف) افزایش سطح اِعمال قانون در کاهش فروش الکل به افراد کم سن و سال در سطح محله؛ (ب) افزایش ساعات کار ساختمان‌های تفریحی در مراکز محلی و دیگر ساختارها، به‌ویژه در تابستان و به‌منظور شرکت نوجوانان در بازی‌های ساختارمند یا بدون ساختار و فعالیت‌های ورزشی؛ (ج) افزایش امکانات ورزشی و کلاس‌های تغذیه‌ی سالم برای بزرگ‌سالان و سالمندان اجتماع؛ و (د) کلاس‌های فرزند پروری برای زنان حامله و کسانی که به‌تازگی والد شده‌اند. برای مثال، در فضای مدرسه، پیغامی که در جای‌جای ساختمان دیده شود رفتارهای محترمانه را در دانش‌آموزان و کارکنان افزایش می‌دهد. به همین ترتیب، در فضاهای پزشکی، مطالبی که پیشگیری از یک بیماری را مطرح می‌کنند باید به‌سادگی و با زبان مراجعان ارائه شوند.

مشورت با متخصصان و دستیابی به منابع مرتبط

طی مرحله‌ی طراحی مداخله‌ی پیشگیری، ممکن است ذینفعان علاقه‌مند باشند که با متخصصان پیشگیری در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی، حوزه‌های آموزشی و مؤسسات دولتی مشورت نمایند. با توجه به افزایش علاقه به پیشگیری در دهه‌های اخیر، این احتمال وجود دارد که دیگران موارد مشابه را طراحی کرده و مدت‌زمان بیشتری را صرف آن‌ها کرده باشند. علاوه بر این، توصیه می‌شود که متخصصان پیشگیری به‌منظور کمک به مشورت گیرندگان در طراحی یک برنامه‌ی پیشگیری، از منابع مرتبط مطلع باشند. ضمیمه‌ی *ب* شامل منابعی است که متخصصان پیشگیری می‌توانند برای آگاهی از برنامه‌های پیشگیرانه از آن استفاده کنند. بسیاری از این منابع توسط مؤسسات دولتی ایالات‌متحده‌ی آمریکا و به‌منظور تقویت اقدامات پیشگیری تولید شده‌اند. برای مثال، در این کتاب به *بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد*، به‌کرات استناد شده است. تشکیلات مذکور، منبع منحصربه‌فردی در مداخلات پیشگیری است که می‌تواند نیازهای مدرسه و اجتماع را برآورده کند. علاوه بر این، *تمرکز بر پیشگیری* (اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد، ۲۰۱۰) یک منبع ممتاز و راهنمای کاربردی برای طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از الکل، مواد غیرمجاز و دخانیات است. البته توصیه‌های موجود در آن برای سایر رفتارهای آسیب‌زا نیز به کار گرفته می‌شود. تمرکز بر پیشگیری که توسط وزارت سلامت و خدمات انسانی چاپ می‌شود، راهنمایی‌های جامع و چارچوب‌های راهبردی پیشگیری (نگاه کنید به تصویر شماره ۱–۸) را ارائه می‌کند که از درون‌مایه‌های اساسی تداوم پذیری و قابلیت فرهنگی[۱] در مقولاتی نظیر ظرفیت، سنجش و ارزیابی محلات و نهادها در طراحی اقدامات پیشگیری برخوردار است. درنتیجه، توصیه می‌شود که متخصصان پیشگیری با مطالب، منابع و دیگر تجربیاتی آشنا شوند که از آسیب‌های مشابه پیشگیری کرده یا رفتارهای مشابه را ارتقا داده اند. لازم است تشکیلاتی نظیر مؤسسات دولتی و دانشگاه‌ها، از امکان همکاری با یک محله یا مدرسه برای طراحی و اجرای یک برنامه‌ی پیشگیری استقبال کنند. این‌گونه همکاری‌ها ارزش‌آفرین

---

۱. Cultural competence

است چراکه انواع و اقسام تخصص‌ها را برای پیشگیری از یک آسیب گرد هم می‌آورد. این نوع از همکاری می‌تواند امکانات مالی را برای حمایت و تداوم اقدامات پیشگیرانه افزایش دهد.



شکل ۱-۸ : چارچوب‌های راهبردی پیشگیری. مأخذ "تمرکز بر پیشگیری "(ص. ١٤)، اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد، ۲۰۱۰، مؤلف: راک ویل. برای حوزه‌ی عمومی.

در نظر گرفتن چارچوب‌های نظری در پیشگیری

همان‌گونه که در فصل ۲ این کتاب مطرح شد، مهم است که مداخلات پیشگیری به‌منظور پشتیبانی از فعالیت‌های انجام‌شده، به‌واسطه‌ی یک چارچوب نظری و حتی بیشتر از یک مورد استحکام یابند. شالوده‌ی نظری که از مداخله پشتیبانی می‌کند، در تفسیر فرآیند، نتایج و داده‌های مربوط به اثربخشیِ مداخله کمک‌کننده خواهد بود. چارچوب نظری بر اساس داده‌های جمع‌آوری‌شده به طراحان در ایجاد تغییرات موردنیاز در مداخله نیز کمک می‌کند و درنتیجه، به حفظ تغییرات در مداخله‌ی اصلی کمک خواهد کرد.

انتخاب فعالیت‌های پیشگیری

لازم است متخصصان پیشگیری به‌منظور تداوم مداخله طی یک دوره‌ی چندساله، برنامه‌ای را طراحی کنند که نیازها و منابع اجتماع یا نهاد را در نظر داشته باشد. درصورتی‌که برنامه‌های پیشگیری در جایگاهی قرار بگیرند که

نهادینه شوند و مداخلات در محله یا نهاد تا وقتی‌که نیاز وجود دارد تداوم یابند، احتمال بیشتری وجود دارد که مداخلات پیشگیری پس از فروکش کردن شور و هیجان اولیه ادامه یابند. با توجه به ماهیت مداخلات پیشگیری، در ضمیمه‌ی ب منابعی فهرست شده است که فعالیت‌های پیشگیریِ امکان‌پذیر را شناسایی کرده‌اند.

انتخاب معیارهای ارزیابی

متخصص پیشگیری می‌بایست انواع ارزیابی‌ها و راهبردهای جمع‌آوری اطلاعات را تعیین کند که موردنیاز بوده و استفاده می‌شوند. وقتی‌که متخصص، ابزارهای ارزیابی را مشخص کرد، لازم است برای گروه مشورتی توضیح داده شوند. ابزارهای سنجش می‌بایست تا حد امکان، فرایند اطلاعات در مورد مداخله (نظیر تعداد شرکت‌کنندگان، حضار، صحت اجرای برنامه)، داده‌های حاصل از نتایج (نظیر تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای شرکت‌کننده) و داده‌های مربوط به اثربخشی (نظیر تغییرات فراگیری که در یک نهاد مثل مدرسه، محل کار، یا محله نشان داده‌شده است) را ارزیابی کنند. برای مثال ممکن است مدارس تغییر مثبت در شیوع قلدری را گزارش کنند و محلات اعلام کنند که بزهکاری‌های نوجوانان کاهش یافته است. *تمرکز بر پیشگیری* (اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد، ۲۰۱۰) در مورد راهبردهای ارزیابی، راهنمایی‌هایی را ارائه کرده است که شامل ارزیابی‌های کمی و کیفی، توجه به مقرون‌به‌صرفه بودن یک طرح ارزیابی و آگاه نمودن گروه مشورتیِ ذی‌نفعان در مورد تصمیمات مربوط به ارزیابی و داده‌های حاصل از آنانست.

مرحله‌ی میانی

اجرا و ارزیابی برنامه

وقتی‌که مجموعه‌ی اهداف، مقاصد، فعالیت‌ها و مقیاس‌های ارزیابی انتخاب شدند، متخصص پیشگیری (ضمن مشورت با گروه مشورتی) برنامه‌هایی را طراحی می‌کند تا با به‌کارگیری شرکت‌کنندگان، راهبردهای اجرا را انتخاب کرده و طرح ارزیابی را ترسیم کند. ضمن این‌که در این مرحله از فرآیند، لازم است سازمان های مهم و یا افرادی که در اجرا دارای مسئولیت‌های تأثیرگذار هستند شناسایی شوند. در این وضعیت است که برنامه آماده‌ی اجرا است.

جمع‌آوری اطلاعات

بسته به طرح ارزیابی، ممکن است اطلاعات مربوط به فرد، محله و داده‌های مربوط به نهاد پیش از شروع مداخله‌ی پیشگیری و در چند مرحله حین اجرا و پس‌ازآن جمع‌آوری شود. وقتی‌که ذی‌نفعان تصمیم دارند مداخله‌ی پیشگیری را مرور و ارزیابی کنند، فرآیندهای کمی و کیفی و داده‌های نتایج، اطلاعاتی مهمی را برای آنان فراهم می‌کنند. به‌تدریج، محله یا نهاد اثربخشی مداخله را ارزیابی خواهد کرد، ولی احتمالاً بررسی کامل تأثیر برنامه بر محله یا نهادی مثل مدرسه و محل کار زمان می‌برد.

لازم است اطلاعات به این دست از سؤالات جواب دهند: (الف) چه چیزی به‌خوبی کار می‌کند؟ (ب) چه مشکلات اجرایی سر بر خواهند آورد؟ (ج) در این صورت، چه تغییراتی باید انجام شود؟ (د) چگونه صحت اجرای برنامه تداوم می‌یابد؟ و (ه) نقاط قوت و چالش‌های مدیریت و سازمان‌دهی برنامه چیست؟ جمع‌آوری داده‌های ارزیابی طی مداخله‌ی پیشگیرانه به ذی‌نفعان کمک می‌کند که برای اقدامات پیشگیرانه بعدی تصمیم‌گیری کنند. این داده‌ها به‌ویژه برای تصمیم‌گیری در مورد تداوم درازمدت مداخله‌ی پیشگیری به آنان کمک می‌کند. لازم است داده‌های ارزیابی، حتی داده‌های اولیه، به شکلی منظم با ذی‌نفعان در میان گذاشته شود و تغییرات ضروری در برنامه لحاظ شود.

مرحله‌ی پایانی

اِعمال تغییرات موردنیاز

وقتی در مورد مداخله‌ی پیشگیری به‌اندازه‌ی کافی اطلاعات جمع‌آوری شد، درصورتی‌که قرار باشد مداخله تداوم یابد، ذی‌نفعان و گروه مشورتی می‌توانند اقدام به برنامه‌ریزی برای تغییرات موردنیاز کنند تا باعث تقویت مداخله شود. طی این مرحله، گروه مشورتی و دیگر ذی‌نفعان در مورد تداوم مداخله تصمیم می‌گیرند و برای تقویت آن روش‌هایی را پیشنهاد می‌کنند. پیشنهادها برحسب فعالیت‌های پیشگیری خواهد بود؛ مدیریت مداخله، کارکنان مداخله، اطلاعاتی که مهم هستند جمع‌آوری شوند ولی در ابتدا جمع‌آوری نشدند، اعتبار مالی برای اقدامات آتی و این‌که آیا از پایبندی در اجرای مداخله حمایت به عمل آمد. قویاً این احتمال وجود دارد که آن دسته از موضوعات پیشگیری که در حال حاضر در محلات و نهادها مهم هستند، در آینده نیز مهم باشند. درنتیجه، در صورت امکان، لازم است به‌جای مداخله‌ی منفرد و کوتاه‌مدت، اقدامات پیشگیری برای اجراهای متعدد طی دوره‌های طولانی‌مدت برنامه‌ریزی شوند.

پایبندی به مداخلات پیشگیری

مهم است که طی اجرا، پایبندی به مداخلات پیشگیری در نظر گرفته شود. فاگان و همکاران (۲۰۰۸) پایبندی به اجرای برنامه در ۱۶ مداخله‌ی پیشگیری مختلف در محلات را بررسی کردند. محققان، پایبندی به اجرا را در محله‌هایی که در مطالعه‌ی رشد نوجوانان محله[1] و برنامه‌ی محله‌های مراقب[2] شرکت کرده بودند، ارزیابی کردند. فاگان و همکاران گزارش کردند که تعداد کمی از مطالعات هر چهار بعدِ پایبندی به اجرا را ارزیابی کردند. این

---

1. the Community Youth Development
2. Communities that care

ابعاد عبارت‌اند از: (الف) تبعیت، (ب) اندازه[1] (ج) کیفیت ارائه و (د) پاسخ‌دهی شرکت‌کننده. تبعیت و اندازه (برای مثال، اندازه‌ی توصیه‌ی شده در ارائه‌ی فعالیت‌های پیشگیرانه) اغلب سنجیده می‌شوند. گرچه کیفیت ارائه‌ی فعالیت‌های پیشگیری و پاسخ شرکت‌کنندگان به مداخله کمتر سنجیده می‌شود. فاگان و همکاران، بر اهمیت ارزیابی چهار بعد ذکرشده در سنجش قابل‌قبول اثربخشی یک مداخله‌ی پیشگیری تأکید داشتند.

در تحقیق فاگان و همکاران (۲۰۰۸)، اطلاعات مربوط به اجرا طی یک دوره‌ی دوساله از محله‌هایی جمع‌آوری شد که در برنامه‌ی محله‌های مراقب شرکت کرده بودند. محله‌های مراقب سامانه‌ای است متعلق به محله که توسط همان محله اداره می‌شود. این برنامه از آسیب‌هایی نظیر سوء مصرف مواد، بزهکاری و خشونت پیشگیری می‌کند. ۱۲ محله‌ی مراقب انواع مختلفی از مداخلات پیشگیری را اجرا کردند که شامل این موارد می‌شد: آموزش بعد از مدرسه، برنامه‌های راهنمایی، برنامه‌های فرزند پروری و موضوعات آموزشی مدرسه–محور باهدف پیشگیری از مصرف مواد. به‌علاوه تغییرات فراگیر در مدرسه نیز اِعمال شد.

سیستم محله‌های مراقب چند مؤلفه را شامل می‌شود: ارزیابی آمادگی محله برای مشارکت در برنامه‌ی پیشگیری، ایجاد یکپارچگی در محله، ارزیابی نیازهای پیشگیری، انتخاب سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه‌ی مبتنی بر شواهد، اجرای اقدامات پیشگیری و نظارت بر پایبندی و اثربخشی برنامه. سیستم نظارت بر پایبندی محله‌های مراقب به‌گونه‌ای طراحی شد که توسط اعضا محله به‌راحتی فهمیده شود.

چهار بعد پایبندی به اجرا، در محله‌ها سنجیده شد. طی دو سال اجرای برنامه، تبعیت و نرخ‌های اندازه بسیار بالا بود. گرچه نرخ‌های اندازه در مؤلفه‌های مدرسه–محور از فرزند پروری و فعالیت‌های پیشگیری بعد از مدرسه پایین‌تر بود. کیفیت ارائه و پاسخ‌دهی شرکت‌کننده نیز در دوره‌ی اجرا بالا بود. میانگین نمرات در یک مقیاس پنج–نمره ای در هر یک از ابعاد پایبندی بالاتر از چهار بود. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، حضور در برنامه در فعالیت‌هایی که در مدرسه انجام می‌شد از فعالیت‌های بعد از مدرسه و جلسات فرزند پروری بیشتر بود.

فاگان و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که برخلاف سطح بالای پایبندی در اجرا، طی اجرای فعالیت‌های پیشگیری چندین چالش ظاهر شد. بزرگ‌تر ین چالش نبود زمان برای ارائه‌ی مطالب لازم و فقدان پاسخ‌دهی شرکت‌کننده بود. کاهش چالش‌ها طی دومین سال تحقیق حاکی از آن است که کارکنان برنامه به‌تدریج که فعالیت‌ها را اجرا کردند، کارکشته‌تر شدند. علی‌رغم سطوح بالای پایبندی به برنامه، چهار برنامه در سال سوم ادامه نیافت. سه مورد از این برنامه‌ها، آموزش‌های بعد از مدرسه یا فرزند پروری بود که به علت دشواری در یافتن شرکت‌کننده متوقف شدند. برنامه‌ی چهارم، برنامه‌ای بود که در مدارس اجرا می‌شد که به‌منظور توجه به مشکلات موجود در مدرسه، قرار بود مدارس نیازسنجی کرده و مداخلات و برنامه‌های عملیاتی را طراحی کنند.

---

[1]. Dosage

باوجودی که پژوهش قبلیِ نقل‌شده توسط فاگان و همکاران (۲۰۰۸)نتایج متضادی را در مورد پایبندی در اجرای فعالیت‌های پیشگیری در محلات نشان داد، ولی این موضوع مسئله‌ای در تحقیق آنان محسوب نمی‌شد. فاگان و همکاران دریافتند که هر چهار بعد پایبندی در فعالیت‌های پیشگیری که در محله‌های منتخب تکرار شدند بالا بود. علاوه بر این، سنجش پایبندی طی تحقیق دوساله، افزایش یافت و چالش‌ها کم شد. درنتیجه، بر اساس نتایج این تحقیق، محله‌ها می‌توانند به شکلی موفقیت‌آمیز فعالیت‌های پیشگیری را با پایبندی بالا در اجرا تکرار کنند. باوجودی که محله‌ها حین انجام، با چالش‌هایی مواجه می‌شوند، ولی یافته‌های فاگان و همکاران پیش‌آگهی خوبی برای محله‌هایی است که تمایل دارند پروژه‌ای پرهزینه را تکرار کنند و سطوح بالایی از پایبندی به اجرا را حفظ کنند.

انتقال پژوهش دانشگاهی به یک موسسه‌ی اجتماعی

برخی از مواقع برنامه‌های پیشگیری با بودجه‌های جنبی در دانشگاه انجام می‌شوند، با این هدف که برنامه به یک فضای اجتماعی انتقال یابد تا در آن محل به ثبات برسد. مثالی که در ادامه‌ی ارائه می‌شود، یک نمونه از انتقال را توضیح می‌دهد. این نمونه برای کسانی که مایل به انتقال یک پژوهش مداخله‌ای پیشگیرانه‌ی دانشگاه–محور به یک موقعیت کاربردی در اجتماع هستند، آموزنده است.

باپتیست و همکاران (۲۰۰۷) فرایند انتقال برنامه‌ی دانشگاهیِ پژوهش–محور پیشگیری از اچ.آی.وی/ایدز را به یک موسسه‌ی اجتماعی توصیف کردند. پروژه‌ی مشارکتی اچ.آی.وی/ایدز در سلامت روان نوجوانان، پروژه‌ای پژوهشی است که توسط دانشگاه ایلینویز در شیکاگو انجام شد. این پروژه بر عوامل خطر اچ.آی.وی/ایدز بر نوجوانانی متمرکز است که در مناطق شهری زندگی می‌کنند که در آن مناطق، اختلال از شیوع بالایی برخوردار است. هدف این پروژه، طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری به‌منظور محافظت از نوجوانان در برابر اچ.آی.وی بود. اجرای نهایی مداخلات پیشگیری از اچ.آی.وی/ایدز مبتنی بر محله، عنصر کلیدی این برنامه بود، ولی قابل‌درک بود که انتقال پژوهش و دانش علمی از موقعیت دانشگاهی به موقعیت مداخله‌ای محله‌ای الزاماً طبیعی صورت نگرفته یا به‌آسانی رخ نمی‌دهد. درنتیجه، انتقال پروژه‌ی مشارکتی اچ.آی.وی/ایدز در سلامت روان نوجوانان به یک موسسه‌ی محله‌ای (سامانه‌های ثبت‌شده‌ی توانمندسازی[1]) از بار آموزشی برخوردار است. سامانه‌های ثبت‌شده‌ی توانمندسازی، نهادی است که درزمینه‌ٔ رشد فرد در شیکاگو فعالیت می‌کند و مجموعه‌ای از خدمات را در شهر ارائه داده و هدف آن از خدمت‌رسانی به افراد، کاهش رنج و افزایش استقلال و رفتار مسئولانه در آنان است.

باپتیست و همکاران (۲۰۰۷) به پیشینه‌ی گسترده‌ی انتقال پژوهش‌های دانشگاه–محور به موقعیت‌های اجتماعی پرداختند. آنان به شکلی مختصر، اصولی که در انتقال پروژه‌ی مشارکتی اچ.آی.وی/ایدز در سلامت روان نوجوانان به سامانه‌های ثبت‌شده‌ی توانمندسازی راهنمای کارشان بود را مرور کردند. این اصول عبارت‌اند از:

. Habilitative Systems Incotprated۱

(الف) تناسب قابل‌قبول بین پروژه‌ی دانشگاهی و موسسه‌ی محله‌ای، **(ب)** برنامه‌ریزی به‌موقع و گسترده با موسسه‌ی محله‌ای، **(ج)** نظارت و ارزیابی مداوم از مداخله‌ی انتقال‌یافته به محله **(د)** حفظ تعادل بین پایبندی به برنامه و سازگاری‌های ضروری در اجرای برنامه در محله.

انتقال پروژه‌ی مشارکتی اچ.آی.وی/ایدز در سلامت روان نوجوانان به سامانه‌های ثبت‌شده‌ی توانمندسازی یک فرایند درازمدت ۶ ساله بود که بحث‌های عینی‌تر و مشخص‌تر در مورد انتقال در سال سوم رخ داد (باپتیست و همکاران، ۲۰۰۷). فرایند انتقال کار گسترده‌ای بود و بین کارکنان، تعارض‌های جزئی ریزودرشتی را رقم زد. باپتیست و همکاران (۲۰۰۷) چندین چالش مشخص را شناسایی کردند: **(الف)** متعادل کردن یک فرآیند گروهی با اهداف نهایی (برخی اوقات، اعضای محله در مقایسه با کارکنان دانشگاه احساس قدرت کمتری داشتند)؛ **(ب)** دشواری‌های انتقال پایه‌های علمی پروژه به سامانه (نظیر، طرح‌های ارزیابی، پایبندی به برنامه، منتشر کردن بروندادها و نتایج)؛ **(ج)** آموزش و تربیت منتخبین محله در دانشگاه و به‌دوراز موسسه، چالش‌هایی را موجب شد که مرتبط با فرهنگ‌های متفاوت سازمانی و انتظارات و آمال شرکت‌کنندگان بود؛ و **(د)** انتقال پروژه، موارد متعدد حوزه‌ی پشتیبانی را به وجود آورد؛ حفظ تداوم با وجود کنار رفتن کارکنان و تغییر اولویت‌های سامانه و پروژه از این جمله‌اند.

باپتیست و همکاران (۲۰۰۷) به‌عنوان نتیجه‌ی فرایند طولانیِ انتقال پروژه از یک برنامه‌ی پژوهشی دانشگاهی به برنامه‌ای اجرایی در یک موسسه‌ی اجتماعی که کار گسترده‌ای را می‌طلبد، چندین نکته را مطرح کردند. اول این‌که ارجح بود موسسه‌ی سامانه‌های ثبت‌شده‌ی توانمندسازی به‌جای این‌که چند سال طول بکشد، از همان ابتدا در پروژه درگیر می‌شد. دوم این‌که گذشته نگرانه، بهتر بود که به‌جای تکیه‌بر اطلاعات و مستندات گذشته‌نگر در پایش و جمع‌آوری اطلاعات درباره‌ی فرایند انتقال، بیشتر بر اطلاعات جاری تمرکز می‌شد. سوم این‌که حفظ قابلیت تداوم پذیری برنامه به شکل درازمدت در موسسه مستلزم اعتبارات مالی اضافی است و این‌گونه مباحث وقتی بهترین تأثیر را دارند که چندین سال قبل از اجرای انتقال شروع شده باشند. چهارم این‌که نقش محققان دانشگاهی بعد از انتقال برنامه به محله می‌بایست طی جلسات اولیه‌ی انتقال بحث شود (به‌جای این‌که بعداً در فرآیند انتقال موردبحث قرار می‌گرفت). پنجم این‌که به‌رغم موفقیت نسبی انتقال، بر اساس چیزی که باپتیست و همکارانش مطرح کردند، این سؤال باقی است که آیا مشارکت محله‌ای بهترین روش برای ارائه‌ی پیشگیری از اچ.آی.وی/ایدز است.

باپتیست و همکاران (۲۰۰۷) توصیف باارزشی از فرایند انتقال یک برنامه پژوهشیِ پیشگیرانه‌ی دانشگاه–محور به یک موسسه‌ی محله‌ای ارائه نمودند. گرچه پژوهش آنان بر پیشگیری از اچ.آی.وی/ایدز متمرکز بود، ولی فرآیند انتقال، درس‌های گران‌بهایی در مورد انتقال دیگر برنامه‌های پیشگیری به‌عنوان پروژه‌های دانشگاهی به اجرا در محله‌ها ارائه کرد.

ملاحظات در مداخلات محیط‌های پزشکی

همان‌گونه که در فصل قبل مطرح شد، در محیط‌های پزشکی، امکانات متعددی برای مداخله‌ی پیشگیرانه فراهم است که مناسب متخصصان سلامت روان است و احتمال می‌رود این امکان در آینده افزایش یابد. رفتارهای مربوط به سبک زندگی، شامل مصرف سیگار، رژیم غذایی نامناسب و ورزش نکردن، مردم را در معرض خطراتی مانند سرطان، دیابت و دیگر بیماری‌های مزمن قرار می‌دهد. برخی ازاین‌گونه رفتارها، دلایل اصلی بیماری و مرگ در ایالات‌متحده‌ی آمریکا و دیگر کشورهای صنعتی است. پیام‌های رسانه‌های جمعی که مردم را به ترک سیگار، تغذیه‌ی سالم و ورزش تشویق می‌کند، آگاهی را افزایش داده است ولی معمولاً در مورد چگونگی ایجاد تغییرات رفتاریِ ضروری، آموزشی ارائه نمی‌کنند. بسیاری از افراد در تغییر رفتارها و عادت‌های طولانی‌مدت مشکل دارند. روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان، در کمک به تغییرات رفتاری تبحر دارند و درنتیجه تخصص آنان در کمک به دیگران برای ایجاد تغییرات توصیه‌شده در سبک زندگی، بسیار مؤثر است.

آزمون‌های پزشکی و غربالگری‌های سلامتی، امکاناتی را برای متخصصان فراهم می‌کنند که خطرات مربوط به‌سلامت را شناسایی کرده و همراه با روانشناس یا دیگر تخصص‌های سلامت روان، مداخلات پیشگیرانه را شروع کنند. علاوه بر این، مرکز مراقبت‌های اولیه بهداشتی، اولین مکانی است که افراد، درصدد دریافت توصیه‌های حرفه‌ای در مورد مشکلات بالقوه یا بالفعل برمی‌آیند.

نقش دیگر روان شناسان و بقیه‌ی متخصصان سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی، همکاری با کارکنان پزشکی است. آنان در طراحی پرسشنامه‌های پذیرش برای جمع‌آوری اطلاعات از بیماران به کادر پزشکی کمک می‌کنند. می‌توان از اطلاعات جمع‌آوری‌شده در گفتگو با بیماران در مورد رفتارهایی استفاده کرد که آنان را در معرض آسیب قرار می‌دهد یا از آن‌ها به‌عنوان عوامل محافظ در برابر خطرات، سود جست. پرسشنامه‌های سلامتی و تندرستی که الکترونیکی ارائه شده و نمره‌گذاری می‌شوند، بعضاً توسط سازمان‌ها استفاده می‌شوند تا به کارکنان خود در ارزیابیِ رفتارهای خطرساز و محافظت‌کننده کمک شود. نظرسنجی‌های سلامت و تندرستی، آگاهی را افزایش داده و حوزه‌های تغییر را شناسایی می‌کند. البته افراد، اغلب در ایجاد انگیزه برای شروع تغییرات مثبت و در حفظ آن طی زمان، نیاز به کمک دارند.

ارجاع مستقیم بیمار به کارشناسان سلامت روان در فضای پزشکی یا سیستم مراقبت بهداشتی مطلوب است، ولی ممکن است امکانات سلامت روان در محیط پزشکی فراهم نباشد. درنتیجه، لازم است ارجاع به متخصصان سلامت روان در خارج از آنجا صورت گیرد. در چنین شرایطی، ضروری است که اسامی این متخصصان، آماده و در دسترس باشد. علاوه بر نام، پروانه‌ی فعالیت، درجه‌ی تحصیلی و اطلاعات مربوط به تماس، فهرست ارجاعی باید شامل حوزه‌های مشخص تخصصی و توانایی‌های فرهنگی و زبان غیر انگلیسی نیز باشد.

مداخلات پیشگیری اغلب از طریق کار گروهی، نظیر کارگاه‌های پیشگیری همگانی ارائه می‌شود که مبتنی بر آموزش روانی هستند. گروه‌های حمایتیِ انتخابی و مشخص در رابطه با موضوعات مختلف یا شرایط پزشکی

مختلف، نیز در مداخلات پیشگیرانه مدنظر قرار می‌گیرد. در موقعیت‌های پزشکی، وقتی مدیریت گروه، یک متخصص سلامت روان را که در حوزه‌های پزشکی از تبحر برخوردار است، در کنار یک متخصص پزشک قرار می‌دهد، موجب تقویت گروه می‌شود. بدین ترتیب هدایت گرانِ گروه، تخصص‌های پزشکی ویژه‌ای را ارائه می‌کنند که مرتبط با گروه باشند. ورای موقعیت، مداخلات گروهیِ پیشگیری مقرون‌به‌صرفه هستند و مزیتِ حمایت توسط همسالان را فراهم می‌کند؛ وضعیتی که در مداخلات پیشگیری فردی ارائه نمی‌شود.

تأثیر اجتماعی و روان‌شناختی تشخیص‌های پزشکی می‌تواند برای بیماران و عزیزانشان مهلک باشد و استرس‌های ناخوشایند، اضطراب و افسردگی را سبب شود. درنتیجه، مداخلاتِ پیشگیریِ انتخابی و مشخص به‌ویژه در موقعیت‌های پزشکی، برای رفع تأثیرات روانی اجتماعی یک تشخیص پزشکی جدی، مهم است. کارکنان پزشکی که از شرایط روان‌شناختی مرتبط با تشخیص بیماری‌های خطرناک آگاه هستند، می‌توانند بیماران را برای شناسایی افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات سلامت روان و مشکلات ارتباطی، غربال کنند و برای مشاوره یا دیگر مداخلات روان‌شناختی مناسب ارجاع دهند.

خلاصه

در این فصل به چندین توصیه و راهبرد در طراحی و اجرای مداخلات پیشگیری پرداخته شد که شامل منابع ارجاع است که برای کمک به متخصص پیشگیری وجود دارند. همچنین چندین راهبرد در طراحی و اجرای یک مداخله‌ی پیشگیری از مراحل اولیه تا نهایی مطرح شد. علاوه بر این، اهمیت توجه به موضوعاتِ پایبندی به برنامه‌ی پیشگیری، همراه با خلاصه‌ای از برنامه‌های پیشگیریِ محله–محور و توجه آنان به تبعیت از برنامه در مراحل مختلف برنامه‌ها و در موقعیت‌های اجتماعیِ مختلف، روشن شد. همچنین، نمونه‌ای از چالش‌های آشکارشده حین انتقال یک برنامه‌ی پژوهشیِ پیشگیریِ دانشگاه–محور به یک موسسه‌ی محلی مطرح شد و مواردی را آشکار کرد که لازم است توسط متخصصان پیشگیری در این‌گونه انتقال‌ها مدنظر قرار گیرند. درنهایت، پیشنهادها و امکانات پیشگیری برای روان شناسان و دیگر متخصصان سلامت روان در محیط‌های پزشکی مورد تأکید قرار گرفت، چراکه این‌گونه فضاها شرایطی محسوب می‌شوند که نیازمند اقدامات روان‌شناختی هستند.

فصل۹

اخلاق، آموزش و تأمین اعتبار در پیشگیری

این فصل چندین موضوع را مدنظر قرار می‌دهد که برای روان شناسان و عموم فعالان حوزه پیشگیری، مهم است. ابتدا، مسائل اخلاقی مطرح می‌شود. در ادامه آموزش و تربیت متخصصان پیشگیری طرح می‌گردد. آموزش و تربیت کسانی که مشتاق هستند توان خود را در پیشگیری تقویت کنند، علاوه بر دوره‌های پیش از مشغول شدن به کار، بر آموزش ضمن خدمت نیز متمرکز است. در بخش پایانی، از منظر نهادی و اجتماعی، مقرون‌به‌صرفه بودن پیشگیری بررسی می‌شود و راهبردهای تأمین باثبات بودجه در مداخلات و پژوهش‌های پیشگیری مطرح می‌شود.

اخلاق در پیشگیری

ملاحظات اخلاقی در اقدامات و پژوهش‌های پیشگیری موضوع کاملاً جدیدی نیست، هرچند تا همین اواخر بورس تحصیلی با موضوع اخلاق در مداخلات پیشگیری، بسیار اندک بود. دریکی از اولین مقالات در مورد به‌کارگیری استانداردهای اصول اخلاقی در پیشگیری اولیه، پوپ[1] (۱۹۹۰) نوشت که هیچ اصول اخلاقی و سازوکار قانونی برای راهنمایی متخصصان پیشگیری وجود ندارد. بیش از ۲۰ سال پیش، دیگران نیز در رابطه با نبود اخلاق پیشگیری در تربیت متخصصان پیشگیری و کاربردهای مدرسه–محورِ پیشگیری، بحث‌هایی را آغاز کردند (باند و آلبی، ۱۹۹۰؛ جِنشاینر، آیرز و رُوسا[2]، ۱۹۹۳؛ تریکِت[3]، ۱۹۹۲). باوجودی که برخی از نوشته‌های اخیر که در این فصل مرور خواهند شد، در مورد اخلاق پیشگیری چاپ‌شده‌اند، ولی تاکنون اصول اخلاقی برای اقدامات پیشگیرانه به شکل رسمی تائید نشده است. بااین‌حال، گزارش بلمونت[4] (کمیسیون ملی آزمودنی‌های

. Pope۱

. Gensheiner, A yers, & Roosa۲

. Trickeett۳

Belmont Report۴

انسانی در پژوهش‌های پزشکی، زیستی و رفتاری، ۱۹۷۹)، چارچوب و مطالبی را برای محافظت از تمامی آزمودنی‌ها و شرکت‌کنندگان در تحقیقات ارائه کرد.

در سال ۱۹۷۹، به‌منظور حافظت از حریم آزمودنی‌های تحقیقاتی که در مطالعات بالینی شرکت می‌کردند، گزارش بلمونت توسط دولت ایالات‌متحده‌ی آمریکا (به شکل مشخص، توسط کمیسیون ملی آزمودنی‌های انسانی در پژوهش‌های پزشکی، زیستی و رفتاری) چاپ شد (سیمز، ۲۰۱۰). سه اصل اخلاقی این گزارش، عبارت‌اند از (الف) نیکی[1]، (ب) عدالت و (ج) احترام. این اصول، هیئت ارزیابی یک‌نهاد را راهنمایی می‌کند تا پژوهش‌های پیشنهادی را بررسی کنند (شُور[2]، ۲۰۰۶). علاوه بر این، گزارش بلمونت به‌واسطه‌ی توجه به موضوعاتی مثل رضایت آگاهانه، داوطلب بودن و اطلاع از خطرات و فواید شرکت در تحقیق، به کاربرد اصول اخلاقی دقت می‌کند. *اصول اخلاقی و آداب رفتار در روان شناسان*[3] متعلق به انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۰)، از گزارش بلمونت جامع‌تر است، چراکه می‌توان انتظار داشت آداب رفتار مطرح‌شده برای متخصصان سلامت روان، بیش از به‌کارگیری اصول اخلاقی در اجرای پژوهش، حوزه‌های دیگری را هم پوشش دهد (برای مثال، در ارائه‌ی مشاوره و درمان، مشاوره‌ی بالینی و آموزش روان‌شناسی).

باوجودی که استانداردهای اخلاقی، پیشینه‌ی طولانی در پزشکی و خدمات انسانی دارند و برخلاف آثاری که در بیش از ۲۰ سال قبل در حوزه‌ی اخلاقِ پیشگیری چاپ‌شده‌اند، ولی مباحث مهم اخلاقیِ به کار گرفته‌شده در پیشگیری تا همین اواخر مسکوت مانده‌اند. آداب رفتار در سازمان‌های حرفه‌ای، نظیر مواردی که توسط انجمن روان‌شناسی و انجمن مشاوره‌ی آمریکا چاپ‌شده است، در فعالیت‌های پیشگیری نیز کاربرد دارند، ولی این‌گونه دستورالعمل‌ها، موقعیت‌هایی را که ممکن است حین انجام پژوهش و مداخلات پیشگیری رخ دهد، توضیح نمی‌دهند (شوارتز، هیگ و گونزالز، ۲۰۱۳). خوشبختانه، تمایل به مباحث اخلاقی در پژوهش و اقدامات پیشگیری در حال افزایش است (کَسکی و رُزنتال[4]، ۲۰۰۵؛ میشارا و وایستاب[5]، ۲۰۰۵ شوارتز و هیگ، ۲۰۰۹؛ والدو، کازمارِک و رومانو[6]، ۲۰۰۴).

شوارتز و همکاران (۲۰۱۳) اصول اخلاقی پیشگیری را مطرح کرده‌اند که شامل مواردی است که به برنامه‌ریزی مداخلات، فعالیت‌های یک مداخله و ارزیابی مداخلات مربوط است. این قسمت‌ها مؤلفه‌هایی نظیر استفاده‌ی صحیح از روش‌های پژوهشی در ارزیابی مداخلات پیشگیری، توجه به مباحث عدالت اجتماعی و

---

1. beneficence
2. Shore
3. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct
4. Casky, & Rosental
5. Mishara, & Weisstub
6. Waldo, Kaczmarec, & Romano

جامعیت[1] در اقدامات پیشگیری و پیروی از اصول اخلاقیِ آداب رفتار حرفه‌ای فعلی را مدنظر قرار می‌دهد. این‌گونه اصول اخلاقی شامل نیکی، فراهم کردن رضایت آگاهانه و حفظ محرمانه بودن اطلاعات است.

کَسکی و رُزنتال (۲۰۰۵) مباحث اخلاقیِ مربوط به پژوهش‌های حساسی نظیر رفتارهای جنسی و مصرف الکل و مواد در نوجوانان را مدنظر قرار دادند. این دو ضمن توجه بر اهمیت تعارضات اخلاقی تأکید داشتند که ممکن است نوجوانان به علت دانش ناکافی از خطراتی که حین گرفتن رضایت آگاهانه در کمین آنان و خانواده‌شان است، بی‌اطلاع باشند. تأکید آنان به‌ویژه در مواقعی بود که پژوهش، مستلزم بررسی رفتارهای غیرقانونی است (نظیر مصرف الکل و مواد). کَسکی و رُزنتال هشدار دادند که محققان باید حین طراحی دستورالعمل‌های پژوهشی برای کمک به اطمینان از آگاهی نوجوانان، والدینشان و یا مراقبین آنان از خطرات و مزایای شرکت در تحقیق، توجه ویژه‌ای به مرحله‌ی رشدی نوجوان داشته باشند. همچنین لازم است بر این موضوع تأکید شود که شرکت در برنامه داوطلبانه بوده و خودداری از شرکت در آن منجر به پیامدهای منفی نمی‌شود.

لاثن-کلاین، هوارد، هامبرگر، وُرِل و بُتکِلو[2] (۲۰۰۳) به بحث اخلاقیِ محرمانه بودنِ اطلاعاتی چون مصرف الکل و موضوعات سلامت روان در نوجوانان در پژوهش‌های طولانی‌مدت پیشگیری پرداختند. به‌عنوان بخشی از تحقیق، نوجوانان به یک نظرسنجی خُلق جواب دادند که به افکار خودکشی طی ۲ هفته‌ی گذشته می‌پرداخت. در رضایت اولیه برای شرکت در این تحقیق، محققان اعلام کردند که از اطلاعات محرمانه، بدون هیچ قید و شرطی محافظت می‌شود، ولی به علت نگرانی از مراقبت ناکافی از اطلاعات نوجوانانی که به سؤالات خودکشی جواب مثبت داده بودند، تا زمانی که وضعیت حفظ اطلاعات محرمانه‌ی کسب‌شده و انتقال آن مشخص شود، گزارش تحقیق به تعویق افتاد. به این دلیل، اظهار محرمانه بودن مشروط در موج دوم این تحقیق این‌گونه طرح شد که شرکت‌کنندگان مطلع شدند درصورتی‌که افکار خودکشی یا سوءاستفاده را مطرح کنند، محققان می‌توانند آن اطلاعات را با والدین یا مَراجع تصمیم‌گیری در میان بگذارند. محققان گزارش کردند که وقتی بیان مشروط محرمانه بودن مطرح شد، فقط ۱٪ از آنان به سؤال افکار خودکشی جواب مثبت دادند، حال‌آنکه در وضعیت نامشروط، ۹٪ جواب مثبت داده بودند. البته آمار کلی شرکت‌کنندگان تحت تأثیر حالات مختلف رضایت قرار نگرفت. این تحقیق به یکی از تعارض‌های اخلاقیِ مربوط به بیان محرمانه بودن در انجام تحقیقاتی اشاره می‌کند که در مورد موضوعات بسیار حساس در نوجوانان است: هرچند که مهم است جواب‌های صحیح اخذ شود، ولی این نیز مهم است که اگر جواب‌های شرکت‌کنندگان آشکار می‌کند که خود یا دیگران در معرض خطر هستند، از آنان محافظت‌شده یا به آنان کمک شود. لاثن-کلاین و همکاران، خواستار دستورالعمل‌های اخلاقی مشخص‌تری برای اجرای پژوهش‌های پیشگیری در نوجوانان شدند.

---

1. inclusivity

2. Lothen-Kline, Howard, Homburger, Worrell, and Boekeloo

محققان دیگری نیز در مورد ابهام‌های اخلاقی در اقدامات پیشگیری در حوزه‌های متنوعی نظیر پیشـگیری از خشونت در مدارس (هرمن و فین، ۲۰۰۲)، پیشگیری از خودکشی (میشارا وایستاب[۱]، ۲۰۰۵) و مشاوره‌ی ازدواج و خانواده (ماری، ۲۰۰۵) نگرانی‌هایی را مطرح کردند. هِرمن و فین (۲۰۰۲) سؤالاتی را مطرح کردنـد نظیـر این‌کـه اگر کسی در معرض خطر خشونت قرار گیرد، چه موقع و چگونه روش‌های هشدار دهـی اجـرا شـود، چگونـه بـه بهترین شکل می‌توان دانش‌آموزانی را شناسایی کرد که برای خود و دیگران خطرناک محسوب می‌شوند و چگونه به بهترین شکل مداخلات پیشگیری از خشونت، تداوم یابد. میشارا و وایستاب (۲۰۰۵) بین موارد قانونی و اخلاقی در پژوهش‌های مربوط به پیشگیری از خودکشی تمایز قائل شدند. آنان این تمایز را به‌ویژه با توجه به این مـوارد مطرح کردند: آسیب‌پذیری شرکت‌کنندگان، فراهم کردن رضایت آگاهانه، ایجاد تعادل بین محرمانه بودن و نیاز به خود فاش‌سازی با دیگران و الزامات متخصصان پیشـگیری در مداخلـه. مـاری (۲۰۰۵) پیشـگیری و موضـوعات اخلاقی را در ازدواج و مشاوره‌ی خانواده موردتوجه قرارداد. موارد مدنظر عبـارت بـود از: صـلاحیت‌های حرفـه‌ای موردنیاز در فعالیت‌های پیشگیری و دیگر این‌که آیا فراهم بودن خدمات بالینی و حرفـه‌ای بـرای مراجـع موجـب روابط دوگانه‌ی غیراخلاقی بین او و درمانگر می‌شود یا خیر. این‌گونه مباحث اخلاقی به دیگر حرفه‌های سـلامت روان نیز مربوط می‌شود.

اصول اخلاقی در پژوهش‌ها و اقدامات پیشـگیری در گروه‌هـای قـومی نیـز بررسی‌شـده اسـت (جُرکُـویچ[۲] و همکاران، ۲۰۰۴؛ کُوییگلی[۳]، ۲۰۰۶). کـوییگلی (۲۰۰۶) سوءاسـتفاده‌هایی را مـرور کـرده اسـت کـه در پـژوهش سلامت عمومی گروه‌های بومی آمریکا رخداده است و این‌که چگونه می‌توان با استفاده از پژوهش‌های مشارکتیِ محله–محور بر این‌گونه موضوعات فائق آمد. کوییگلی تأکید داشـت کـه پژوهش‌هـای مشـارکتیِ محلـه–محـور به‌واسـطه‌ی گسـترش همکـاری قـوی و ظرفیت‌سـازی محلـه‌ای و فـراهم کـردن سـازوکارهایی کـه کنتـرل و توانمندسازی اجتماع را تقویت می‌کنند، پژوهش را تقویت کرده و ملاحظـات اخلاقـی را مـدنظر قـرار می‌دهنـد. درنتیجه، پژوهش‌های مشـارکتیِ محلـه–محـور، گروه‌هـای قـومی را بـه مشـارکت کامـل در فرآینـد تحقیـق و سرمایه‌گذاری در تصمیمات پژوهشی ترغیب می‌کنند. پژوهش‌های مشارکتیِ محلـه–محـور بـه سـاخت ظرفیـت محله‌ای برای تغییر کمک می‌کنند و احتمال تداوم پروژه‌ی پیشگیری بعد از مداخله‌ی اولیه افزایش می‌دهند.

جرکویچ و همکاران (۲۰۰۴) چارچوب بوم‌شناختی و اخلاقی را در پیشگیری اولیه با نوجوانان لاتین تبار، ارائـه کردند. چارچوب مفهومی آنان متخصصان پیشگیری را تشویق می‌کند که موارد محیطی و مسئولیت‌های فرزندان را در اجرای فعالیت‌های پیشگیری در نظر داشـته باشـند. ممکـن اسـت ایـن دسـته از نوجوانـان مسـئولیت‌های خانوادگی و مراقبتی داشته باشند که مثل عوامل استرس‌زای محیطیِ مربوط به تبعیض و فقر با انتظارات مربـوط

---

[۱]. Mishara & Weisstub

[۲]. Jurkovic

[۳]. Quigley

به جامعه و محله تداخل کند. درنتیجه، جرکویچ و همکاران توصیه کردند که متخصصان پیشگیری به متغیرهـای فرهنگی و محیطی توجه کنند که ممکن است بر یک جمعیت مشخص تأثیر بگذارند و بر این اسـاس سـؤالات و روش‌های پژوهشی خود را تنظیم کنند. در این نمونه، به‌منظور تقویت مقیاس‌های نهایی نتایج و تأثیرات، ممکـن است پژوهش‌های کیفی و روش‌های ترکیبی در طراحی و اجرای یک پروژه‌ی پیشگیری اطلاعات بیشتری ارائـه کند. علاوه بر این، استخراج پژوهشی، آن‌گونه که در فصل ۳ این کتاب بحث شد (نگاه کنید بـه نظریـه‌ی عمـل مستدل و نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده)، برای درک بهتر هنجارهـای محلـه‌ای و نگرش‌هـایی کـه مربـوط بـه موضوعات انتخاب‌شده برای یک مداخله‌ی پیشگیری است، مشخصاً مهم است.

باوجودی که والدین و مراقبین می‌بایست برای شرکت کوچک‌ترهـا در تحقیـق رضـایت بدهنـد، متخصصـان پیشگیری باید در جلب این‌گونه رضایت‌ها، اخلاقی عمل کنند. در مدارس به‌عنوان رایج‌ترین مکان برای پژوهش و مداخلات پیشگیری، می‌بایست محققان از چندین منبع، تأییدیه دریافـت کننـد: مسـئولین مدرسـه، والـدین یـا مراقبین، شرکت‌کنندگان در تحقیق و محققان موسسه و هیئت‌مدیره‌ی موسسه. برخی از مـدارس و سیسـتم‌های مربوط، بین رضایت فعال و منفعل تمایز قائل می‌شوند. در رضایت فعال، والدین یا مراقبین برای اجازه‌ی مشارکت فرزند خود، تأییدیه را امضا می‌کنند. در رضایت منفعل، بعـد از آگـاهی از پـروژه‌ی تحقیـق، والـدین یـا مـراقبین می‌توانند از شرکت فرزند خود ابراز ناخوشنودی کنند؛ درصورتی‌که هیچ ناخوشنودی گزارش نشود، فرزند می‌توانـد در پژوهش شرکت کند. البته برای این‌که والدین یا مراقبین بتوانند تصمیم آگاهانه‌ای بگیرند، لازم است از پـروژه و خطرات و فواید شرکت فرزندشان سر دربیاورند. همین موضوع در مورد شرکت‌کنندگان یک مداخله‌ی پژوهشی نیز وارد است.

پروژه‌های پیشگیری می‌توانند تعارض‌های اخلاقیِ منحصربه‌فردی را به وجـود آورنـد، حـال چـه ایـن پـروژه همگانی، انتخابی، یا مشخص باشد، یا راهبردهایی باشند که هدفشان ایجاد تغییر در یک نهاد یـا اجتمـاع اسـت. مداخله‌ی پژوهشیِ پیشگیریِ همگانی در یک مدرسه، یا در کلاس‌های مشخص در یک مدرسه نیز می‌بایست از دستورالعمل‌های اخلاقی تبعیت کنند. بدین ترتیب، متخصص پیشگیری باید زمان کافی را در برنامـه‌ریزی لحـاظ کند تا پروژه به شکلی کامل با ذی‌نفعان، والدین و مراقبین به بحث گذاشته شود. اطلاعات مهمـی کـه بایـد بـه اشتراک گذاشته‌شده و بحث شوند عبارت‌انـد از نیـاز و هـدف از مداخلـه؛ جزییـات در مـورد مداخلـه و چگـونگی مشارکت دانش آموزان؛ خطرات و فواید برای دانش‌آمـوزان شـرکت‌کننده در پـروژه؛ و این‌کـه چگونـه داده‌هـای ارزیابی درباره‌ی مداخله انتخاب، جمع‌آوری و منتشر خواهند شد. این اطلاعات به ذی‌نفعـان، والـدین، مـراقبین و دانش‌آموزان (درصورتی‌که سن مناسبی داشته باشند) کمک خواهد کرد تـا در مـورد مشـارکت در پـروژه آگاهانـه تصمیم بگیرند. اگر والدین در مورد مشارکت فرزندشان ناخوشنود باشند، پژوهشگر و متخصص پیشگیری، همـراه با مسئولان مدرسه، راه‌هایی را خواهند یافت تا دیگر دانش‌آموزان در فعالیت‌های جایگزین شـرکت کننـد، بـدون آن‌که آن دانش‌آموز آسیبی ببیند.

تاکنون، مجموعه‌ی رسمی از دستورالعمل‌ها یا کدهای اخلاقی که راهنمای پژوهش‌هـا و اقـدامات پیشـگیری باشد، وجود نداشته است، ولی دستورالعمل‌های بهترین تجربیات و سیاسـت‌های نهـادی در حوزه‌هـای مشـخص

پیشگیری وجود دارد (فرانسیس، ۲۰۰۳؛ مک کویین، کَریم و شُوگرمن، ۲۰۰۳؛ تالِف و نیل، ۲۰۰۰). دیگر محققان از نیاز به توسعه‌ی اخلاقیاتی جامع‌تر برای تخصص پیشگیری حمایت کرده‌اند (شوارتز و همکاران، ۲۰۱۳). در سال‌های اخیر، محققان و کارشناسان پیشگیری، کارهای علمی را تولید کرده‌اند که تعارض‌های اخلاقیِ مربوط را رفع کرده است. حال زمان آن فرارسیده است که یک یا چند سازمان تخصصی در حوزه‌ی پیشگیری، وظیفه‌ی طرح مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های اخلاقی و آداب رفتاری را برای تخصص پیشگیری به عهده گیرند.

تربیت و آموزش

بیش از نیم‌قرن، روان‌شناسی کاربردی در آموزش روان شناسان ، تحت تأثیر رویکرد مداخله در بحران بوده است، حال‌آنکه دیگر تخصص‌های سلامت روان، نظیر مشاوره و مددکاری اجتماعی، از پیشینه‌ی متعادل‌ترِ تلفیق اجزای مشاوره در بحران، حمایت اجتماعی و واردکردن پیشگیری در محتواهای آموزشی بهره برده‌اند (کانین[1]، ۱۹۹۷؛ لوییز و لوییز، ۱۹۸۱؛ مارشال و همکاران، ۲۰۱۱؛ ام.جی. پری، آلبی، بُلُوم و گُلوتا، ۱۹۹۶). البته در سال‌های اخیر، توجه بیشتری معطوف به آموزش محققان و کارشناسان پیشگیری در حوزه‌ی روان‌شناسی شده است (کانین، نیومیر، کنی، رومانو ماتیوز، ۲۰۰۸؛ اِدی، اسمیث، براون و رِید، ۲۰۰۵؛ ماتیوز، ۲۰۱۲).

اِدی و همکاران (۲۰۰۵) در مورد آموزش و تربیت دانشجویان تحصیلات تکمیلی، فعالیت‌های اولیه‌ی متخصصان پیشگیری و شغل‌های در نظر گرفته‌شده برای آنان ۱۳ حوزه را بررسی کردند: (۱) پژوهش‌های پایه‌ای، (۲) طرح یک برنامه پیشگیرانه، (۳) زمان‌بندی مداخلات پیشگیری، (۴) طراحی اقدامات پیشگیری، (۵) ارزیابی برنامه، (۶) مشارکت محله‌ای، (۷) موارد مربوط به هویت جنسی و فرهنگ، (۸) تحلیل اقتصادی، (۹) پیشینه و فضای مرتبط با اقدامات پیشگیری، (۱۰) مشارکت علمی، (۱۱) تأمین اعتبار، (۱۲) مهارت‌های اجرایی و (۱۳) اخلاق. به شکل کلی، میزان آموزش، آمادگی و دانش در پاسخ‌دهندگان افزایش یافته است. البته، نکته‌ی مهم این است که پاسخ‌دهندگان به حوزه‌های آموزشی مختلف دل‌بسته شده‌اند و اشتیاق آنان برای آموزش‌های جنبی در حوزه‌ی محتوایی افزایش نیافته است. باوجودی که متخصصان معتبر، خود را در حوزه‌های رسمی پیشگیری، نظیر طرح‌های پژوهشی و ارزیابی، در رده‌های بالا درجه‌بندی کردند، دانشجویان و متخصصانی که به‌تازگی مشغول به کارشده بودند خود را در این حوزه‌ها پایین درجه‌بندی کردند. آموزش در تحلیل اقتصادی و اخلاق در هر دو گروه متخصصان معتبر و افراد تازه‌کار، کم بود. البته پاسخ‌دهندگان، عموماً دانش خود را در حوزه‌های اشاره‌شده، پایین می‌دانستند و اکثر آنان اهمیت و نیاز به آموزش‌های آتی در این حوزه‌ها را بیان کردند. ادی و همکاران نتیجه گرفتند شکاف قابل‌توجهی در آموزش پیشگیری در بین متخصصان تازه‌کار و معتبر وجود دارد. آنان افزایش توجه به آموزش پیشگیری و رشد قابلیت‌های پیشگیری طی دوره‌های کارورزیِ مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی را پیشنهاد دادند.

---

[1]. Conyne

رومانو و هیگ (۲۰۰۰ ب) هشت حوزه را شناسایی کردند که در آموزش متخصصان پیشگیری مهم است: (۱) افزایش مهارت‌های مشارکت محله‌ای و بین‌رشته‌ای، (۲) دانش مربوط به پیشینه‌ی اجتماعی و سیاست‌گذاری عمومی مربوط به پیشگیری، (۳) آگاهی از عوامل محافظ و خطر مرتبط با موضوعات پیشگیری، (۴) مهارت‌های اجرای مداخلات فراگیر، (۵) آگاهی از مباحث سیاسی و اجتماعیِ مربوط به پیشگیری، (۶) مهارت‌های هدایت گروه‌های آموزش‌های روان‌شناختی ، (۷) مهارت‌های اجرا و ارزیابی پژوهش‌های پیشگیری و (۸) دانشِ اخلاق پیشگیری. بین این حوزه‌ها و حوزه‌های محتوایی که اِدی و همکاران مطرح کردند همپوشی‌هایی وجود دارد (۲۰۰۵؛ برای مثال، همکاری، پیشینه، اخلاق) و بعضی از آنان مختص گروهی خاص از محققان است (برای مثال، تحلیل اقتصادی و هویت جنسی و فرهنگ [ادی و همکاران، ۲۰۰۵] ، عوامل محافظ و خطر و گروه‌های آموزش روانی[رومانو و هیگ، ۲۰۰۰ ب]). به‌هرحال آموزش محتوا و حوزه‌های مهارتی، چارچوب مفیدی را در آموزش پیشگیری در سطوح تحصیلات دانشگاهی فراهم می‌کند.

اشنایدر و الیوت (۲۰۰۵) در ویژه‌نامه‌ی ژورنال روان‌شناسی بالینی، مدل ماتریسی چهار سطحی را برای آموزش روان شناسان بالینی در قرن ۲۱ ارائه کردند. این چهار سطح عبارت‌اند از سطح فردی، بین فردی، نهادی و اجتماع–محله. آموزش سنتی روان شناسان بالینی در اصل، درمان در سطح فردی بوده است، ولی اشنایدر و الیوت افزایش آموزش در سه بعد دیگر و اهمیت آموزش پیشگیری در کارورزی‌های روان‌شناسی بالینی را مطرح کردند. آنان از ایفای نقش رهبری روان شناسان بالینی در پیشگیری از مسائل مربوط به‌سلامت از طریق طراحی و به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی به‌منظور ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها جانب‌داری کردند. آنان معتقد بودند که لازم است روان‌شناسی در گسترش سیاست‌های سلامت عمومی صدای رسایی پیدا کند. علاوه بر این، اشنایدر و الیوت بر اهمیت کارورزی‌های آموزشی و کاربردی پیشگیری برای روان شناسان بالینی تأکید نمودند که شامل افزایش توجه به نقاط قوت فرد و جایگاه آنان در پیشگیری و ارتقای سلامت بود.

آن‌گونه که تربیت و آموزش به شیوه‌های مختلفی در دانشکده‌های تحصیلات تکمیلی، در کارورزی‌های رسمیِ پس از مقطع دکترا و در آموزش‌های پس از تحصیلات ارائه می‌شود، برنامه مدونی برای آموزش کارشناسان و محققان پیشگیری وجود ندارد (هیگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ سَندلر و چَسین[۱]، ۱۹۹۳). کانین و همکاران (۲۰۰۸) برای آموزش پیشگیری در دانشکده‌های تحصیلات تکمیلی دو راهبرد مختلف را توصیف کردند: ۱– دوره‌های تخصصی، ۲– تلفیق محتوای پیشگیری در درس‌های اصلی دوره‌های اجباری. برای مثال، از سال ۱۹۸۴، دانشگاه سینسیناتی درس مشاوره‌ی پیشگیری را ارائه کرده است که در تلفیق محتوای سنتی پیشگیری و موضوعات معاصر، با مباحث کلاسی از رویکرد آموزشی[۲] استفاده کرده است (کانین و همکاران، ۲۰۰۸). طی دوره، دانشجویان مشاوره، اهمیت پیشگیری در فعالیت‌های سلامت روان را درک می‌کنند.

. Sandler & Chassin۱

. Didactic۲

دانشجویان برای ارزیابی موضوعات مهم در پیشگیری در گروه‌های کوچک به فعالیت می‌پردازند و به‌واسطه‌ی ارزیابی برنامه‌های فعلی پیشگیری، در دنیای واقعی تجربه کسب می‌کنند. برای این‌که دانشجویان پروژه‌های پیشگیرانه‌ی خود را تقویت کنند، موظف هستند از نقاط قوت و نیازهای آموزشی خویش، خود–سنجی به عمل می‌آورند.

کانین و همکاران (۲۰۰۸) نمونه‌هایی از آموزش پیشگیری در سطح تحصیلات تکمیلی را ارائه کردند. آنان برنامه‌های مشاوره و روان‌شناسی مشاوره در آموزشکده‌ی عالی بوستن و دانشگاه مینه‌سوتا را معرفی کردند. در برنامه‌های ذکرشده، آموزش پیشگیری در محتوای اصلی دوره‌های درسی ادغام شد. در آموزشکده‌ی عالی بوستن، برنامه‌ی سال اول در مقطع دکترا، دانشجویان را مکلف می‌کند که از پروژه‌های محله‌ای استفاده کنند که توسط اعضا هیئت‌علمی طراحی‌شده است. دانشجویان با مشارکت در همکاری‌های بین‌رشته‌ای، مداخلات پیشگیریِ نظام‌مند و حمایت گیری سیاسی و اجتماعی، در فعالیت‌های پیشگیری شرکت می‌کنند. همچنین، برنامه‌ی دکترا مشتمل بر آموزش پیشگیری در واحدهای اصلی و درس سمینار در سال اول است. برای مثال، سمینار اصلی آسیب‌شناسی روانی پیشرفته، اطلاعات مربوط به عوامل خطر و محافظ و اهمیت آنان در ارتقای سلامت را یکپارچه می‌کند و دوره‌ی درسیِ طرح پژوهشی نیز مواردی از علم پیشگیری را شامل می‌شود.

در دانشگاه مینه‌سوتا، آموزش پیشگیری در درس‌های کارشناسی ارشد نظیر تئوری مشاوره، مشاوره‌ی گروهی و کارورزی[۱] تلفیق‌شده است (کانین و همکاران، ۲۰۰۸). فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری شامل موضوعات ضروری، تکالیف کارورزی‌های مشاوره و ارائه‌های دانشجویی است. در دانشگاه مینه‌سوتا، وارد نمودن آموزش پیشگیری به دوره‌های درسی خاص، قویاً به مهارت، علائق و تعهد مدرس ربط دارد تا امکان ورود محتوا به دوره درسی مهیا شود. علاوه بر این مورد، دوره‌های درسی دیگر و نمونه‌هایی از تلفیق پیشگیری در دروس دانشگاهی گزارش‌شده است (برای مثال، دانشگاه ایالتی پن؛ متیوز و اِسکُران[۲]، ۲۰۰۴). در برخی از مؤسسات، دانشجویان می‌توانند در واحدهای دانشگاهی[۳] غیر از واحد دانشگاهی خود، در درس‌های پیشگیری ثبت‌نام کنند.

علاوه بر مدل‌های فوق، دانشگاه‌ها امکانات جامع‌تری برای آموزش پیشگیری مهیا کرده‌اند. دانشگاه ویسکانسین در علم پیشگیری، درس فرعی و بین‌رشته‌ای را برای مقطع کارشناسی ارشد ارائه می‌کند (نگاه کنید به /http://www.preventionscience.wisc.edu). این رشته‌ی فرعی به شکل مشترک در چندین دپارتمان ارائه شد و تمرکز آن بر آسیب‌های اجتماعی در افرادی است که در طول زندگی در معرض خطر قرار دارند. دانشگاه مینه‌سوتا یک درس فرعی در پیشگیری را هم ارائه می‌کند. این درس برنامه‌ای است که دارای مدرک بین‌رشته‌ای بوده و متشکل از یازده واحد دانشگاهی و شش کالج است. واحدهای دانشگاهی شامل

---

۱. Practicum

۲. Matthews & Skowron

۳. Department

روان‌شناسی ، آموزش، علوم بهداشت و سیاست‌های عمومی و به همین ترتیب مراکز پژوهشی و حوزه‌های مختلف تخصصی، نظیر ژنتیک رفتاری و رشد عصب-رفتاری است (نگاه کنید به http://www.preventionscience.umn.edu). به‌تازگی، در دانشگاه اُرِگان، علم پیشگیری در برنامه‌های کارشناسی ارشد مشاوره، خانواده و خدمات انسانی ارائه‌شده است (نگاه کنید به http://education.uoregon.edu/program/prevention-science). در درس علم پیشگیری، مطالب دانشگاهی منسجم و کاربردی به دانشجویان ارائه می‌شود تا به‌عنوان شالوده‌ی اقدامات پیشگیرانه از آن‌ها استفاده کنند.

به‌رغم موارد اخیر در آموزش رسمی پیشگیری که در تعداد اندکی از دانشگاه‌ها صورت گرفته است، یکپارچگی آموزش پیشگیری در محتواهای آموزشی استاندارد در مقطع کارشناسی ارشد در روان‌شناسی کاربردی، رشد چشمگیری نداشته است (متیوز، ۲۰۱۲). درنتیجه، آموزش‌های پیشگیری در مقاطع تحصیلات تکمیلی برای آن دسته از کسانی که علاقه‌مند به دستیابی به توانایی‌های بالاتری در اقدامات پیشگیرانه هستند، ضروری است. آموزش‌های ضمن خدمت به شیوه‌های مشابه، پس از تحصیلات دانشگاهی تحقق‌پذیر است. باوجود تأکید بر پیشگیری در کارورزی‌های پس از مقطع دکترا، امکانات محدودی وجود دارد. درنتیجه، متخصصان بیشتر تمایل دارند تا مهارت‌ها و آموزش پیشگیری را از طریق همایش‌ها، مجلات تخصصی، کتاب‌ها و منابع اینترنتی کسب کنند (نگاه کنید به‌ضمیمه‌ی ب). علاوه بر این، همکاری با متخصصان پیشگیری از حوزه‌های دیگر، منبع مهمی در توسعه‌ی آموزش و مهارت محسوب می‌شود. این نمونه از همکاری‌ها، امکانات یادگیری را تقویت می‌کند چراکه موجب می‌شود متخصصان با تخصص‌های مختلف برای تمرکز بر موضوعات رایج پیشگیری کنار هم قرار گیرند.

در آموزش رسمی پیشگیری موانعی وجود دارد. برای مثال، ازآنجایی‌که پیشگیری، تخصصی بین‌رشته‌ای است، در رابطه با حوزه‌های مهم و چگونگی ارائه آموزش‌ها، اجماعی وجود ندارد (تِبِس، کافمن و چینمن[1]، ۲۰۰۲). علاوه بر این، انگیزه برای آموزش پیشگیری در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی پایین است، چراکه پیشگیری مشخصاً مبتنی بر دستورالعمل‌های تائید شده‌ی انجمن روان‌شناسی آمریکا و الزامات هیئت ایالتی و منطقه‌ای مدارک دانشگاهی نیست. باوجودی که علم پیشگیری را می‌توان در برخی از دستورالعمل‌های تائید شده‌ی انجمن روان‌شناسی آمریکا به کار گرفت، ولی نیاز است که برنامه‌های تحصیلات تکمیلی در رشته‌ی روان‌شناسی ، آموزش پیشگیری را در دروس مورد تائید و مرتبط انجمن روان‌شناسی آمریکا نظیر تفاوت‌های فرهنگی و فردی، روش‌های پژوهش و ارزیابی، اخلاق و آسیب‌شناسی روانی و نظریه‌ها تلفیق کند. البته وجود رویکرد سنتی در دروس اصلی این حوزه‌ها، امکان محدودی را برای تلفیق مطالب مربوط به پیشگیری ایجاد می‌کند. یکی دیگر از

---

1. Tebes, Kaufman, & Chinman

منابع تائید کننده‌ی اصلی برنامه‌های مشاوره، شورای تائید مشاوره و دیگر برنامه‌های آموزشی[۱] است که پیشگیری را در شکل استاندارد خود شامل می‌شود، ولی برای این‌که به بهترین شکل، موضوعات پیشگیری در محتواهای های آموزشی تلفیق شود، دستورالعمل‌های روشنی وجود ندارد (ماتیوز، اسکران، ۲۰۰۴).

اقتصاد یکی دیگر از موانع است (کوچر، ۲۰۰۵). خدمات پیشگیری که به مراجع ارائه می‌شود، در گذشته توسط شرکت‌های بیمه پرداخت نمی‌شد و درنتیجه دانشجویان و برنامه‌های تحصیلات تکمیلی، پیشگیری را کمتر، به‌عنوان یک اولویت در نظر می‌گرفتند. البته این موضوع در حال تغییر است، چراکه خدمات پیشگیرانه‌ی سلامت در قانون مصوبِ مراقبت‌های بهداشتی در دسترس در ایالات‌متحده‌ی آمریکا (۲۰۱۰) لحاظ شده است. خدمات پیشگیری مثل غربالگری و مشاوره‌ی افسردگی، عفونت‌های دستگاه تناسلی و چاقی در قانون مراقبت‌های بهداشتی وجود دارند. علاوه بر این، الزامات صدور مجوز روان‌شناسی اجازه نداده است که آموزش‌های پیشگیری دارای مجوز شوند. البته هیئت مجوز روان‌شناسی اعلام کرده است که ماهیت تخصص پیشگیری سریعاً در حال تغییر است و ممکن است الزامات آموزش در آینده تغییر کند (دی مِرس، وَن هُرن و رادُلفا[۲]، ۲۰۰۸). یک مانع دیگر در ارائه‌ی دوره‌ها و اقدامات پیشگیرانه در آموزش تحصیلات تکمیلی این است که فرایند کاربرد کارورزی‌های روان‌شناسی پس از دکترا بر تجربیات مبتنی بر مداخله‌ی بالینی تأکید دارد؛ بر این اساس تأکید کمتری بر دانش و مهارت‌های پیشگیری معطوف می‌شود. کوچر (۲۰۰۵) چند عامل دیگر را شناسایی کرد که مانع از تمرکز اساسی بر پیشگیری در آموزش‌های تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی می‌شود که شامل ساختار تاریخی برنامه‌های آموزشی در روان‌شناسی، مدل پزشکی آموزش‌های روان‌شناختی و سیاست‌های بازپرداخت‌های بیمه‌ای است. درمجموع، این عوامل منجر به علاقه‌ی کم اعضا هیئت‌علمی و انگیزه‌ی کمتر دانشجویان به کسب آموزش‌های پیشگیری در دوره‌های تحصیلات تکمیلی می‌شود.

درنتیجه، احتمال می‌رود که آموزش متخصصان پیشگیری به‌منظور کسب توانایی در آینده‌ای نزدیک به شیوه‌های مختلفی ادامه یابد. در آموزش فعلی تحصیلات تکمیلی، تلفیق محتوای پیشگیری با دوره‌های آموزشیِ اصلی و تجربیات کاربردی، امیدوارکننده‌ترین راه‌حل محسوب می‌شود، چراکه این روش مستلزم کمترین منابع است. البته لازم است اساتید دوره‌ها، دارای دانش، علاقه و تعهد به مطالب پیشگیری، تکالیف و مباحث کلاسی باشند. دوره‌های آموزشی و برنامه‌های معتبر که به شکل اینترنتی ارائه می‌شوند، گزینه‌ی قابل اجرایی برای آموزش پیشگیری محسوب می‌شوند. آموزش‌های ضمن خدمتِ اینترنتی پیشگیری، در حوزه‌های سوءمصرف مواد (مک فِرسِن، کوک، بَک، هِرش و هِندریکسِن، ۲۰۰۶) و پیشگیری از خودکشی (دی. ام. اِستُن، بارِبر و پاتر، ۲۰۰۵) موفق بوده‌اند. بر اساس گزارش‌ها، آموزش‌های اینترنتی، محبوب بوده و در مقایسه با آموزش‌هایی که مبتنی بر مطالب چاپی هستند، شرکت‌کننده‌ها را بیشتر درگیر کرده است. می‌توان این‌گونه تجربیات آموزشی را از

. the Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs۱

. DeMers, Vanhorne, & Rodolfa۲

طریق کنفرانس‌ها، کارگاه‌ها و محصولات علمی به آموزش‌های سنتی افزود. البته شاید مهم‌ترین نکته این باشد که متخصصان سلامت روان اهمیت پیشگیری را تشخیص دهند و برای کسب آموزش‌های بیشتر و مهارت‌های جنبی در این حوزه از انگیزه‌ی لازم برخوردار شوند.

تأمین اعتبار

اقتصاد و منابع مالی در پیشگیری به دو طریق مطرح می‌شود: (الف) مقرون‌به‌صرفه بودن فعالیت‌های پیشگیری در جامعه و محیط کار و (ب) چالش‌های اجرای فعالیت‌های پیشگیری با توجه به بازپرداخت‌های اندک و یا عدم پرداخت هزینه‌های خدمات ارائه‌شده به متخصصان سلامت روان در موقعیت‌های بالینی که موجب ناچیز انگاشتن پیشگیری می‌شود.

ابتدا در مورد مستنداتِ مقرون‌به‌صرفه بودن پیشگیری در جامعه و محیط کار بحث می‌شود (تی.میلر و هِندری، ۲۰۰۸؛ شورای ملی پژوهش و موسسه‌ی پزشکی، ۲۰۰۹؛ اِی. جِی. رینولدز، رالنیک و اِنگلاند و تمپل، ۲۰۱۰؛ وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا، ۲۰۰۳ الف). شورای ملی پیشگیری (۲۰۱۱) فقط در رابطه با مصرف سیگار گزارش داد که اطلاعات دولتی آمریکا نشان می‌دهد مصرف سیگار سالیانه منجر به مرگ نزدیک به ۴۴۳۰۰۰ نفر می‌شود که هزینه‌ی مراقبت‌های پزشکی آن به ۹۶ میلیارد دلار و افت نیروی تولید به ۹۷ میلیارد دلار می‌رسد. علاوه بر این، طبق گزارش شورای ملی پیشگیری در مواقعی که منع مصرف سیگار در محیط‌های کار، رستوران‌ها و دیگر مکان‌های عمومی اِعمال شد، حملات قلبی در غیر سیگاری‌ها بین ۱۷٪ تا ۱۹٪ کاهش یافت.

گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا، ۲۰۰۳ الف) علت افزایش سرسام‌آور هزینه‌های پزشکی در ایالات‌متحده‌ی آمریکا را، جمعیت سالمندان و بیماری‌های جسمانی مزمن اعلام کرد. بسیاری از مواقع، شرایط ذکرشده را می‌توان از طریق اقدامات پیشگیرانه کاهش داد. برای مثال، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها تخمین زد که در سال ۲۰۰۳، بیماری‌های قلبی- عروقی و سکته‌ی مغزی هزینه‌ای بالغبر ۳۵۱/۸ میلیارد دلار داشت که شامل خدمات پزشکی و افت عملکرد بود؛ چاقی ۱۱۷ میلیارد دلار هزینه داشت که ۶۱ میلیارد آن در خدمات پزشکی و ۵۶ میلیارد در افت عملکرد ناشی از چاقی هزینه شد؛ تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۰۲ هزینه‌های دیابت شامل ۹۲ میلیارد دلار در خدمات پزشکی و ۴۰ میلیارد دلار در افت عملکرد بود. درمجموع و به‌تنهایی، این هزینه‌ها نه‌تنها برحسب میزان پول صرف شده، بلکه برحسب استرس روان‌شناختی و سختی وارده بر افراد و خانواده‌ها، برای یک ملت بسیار سنگین است.

فواید مالی برنامه‌های سلامتی و تندرستی در محیط‌های کار هم برای کارفرمایان و هم کارکنان مستند شده است. مقاله‌ی وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا (۲۰۰۳ ب) در مورد برنامه‌های پیشگیری در محیط‌های کار، با عنوان "پیشگیری پول‌ساز است "، مقرون‌به‌صرفه بودنِ برنامه‌های پیشگیری در محیط‌های کار و اثرات آنان را بر سلامت کارکنان مطرح می‌کند. در این گزارش چندین برنامه‌ی شاخص سلامتی و تندرستی در شرکت‌های بزرگ آمریکایی مرور شد و به نقل از پژوهش‌ها نشان داده شد که میانگین سود مالی

برای شرکت‌هایی که شرایط ارتقای سلامت کارکنان را فراهم کردند ۳,۱۴ دلار به ازای هر یک‌دلاری بود که صرف برنامه شده بود. در تحلیل‌های جدیدتر، گُتزِل و آزمینکاوسکی[1] (۲۰۰۸) بررسی جامعی را در مورد برنامه‌های ارتقای سلامت در محیط‌های کار انجام دادند. بررسی آنان شامل اطلاعاتی در مورد انواع برنامه‌های ارائه‌شده، مشوق‌های مشارکت کارکنان و هزینه و فواید برنامه برای کارفرمایان و کارکنان بود. عموماً، تحلیل سود–فایده ی این‌گونه برنامه‌ها، بهبود عملکرد کارکنان، کاهش غیبت و هزینه‌های پزشکی آنان را به دنبال داشت. مطالعات انجام‌شده توسط گتزل و آزمینکاوسکی مشخص کرد که برنامه‌های ارتقای سلامت در محیط کار ارزش سرمایه‌گذاری را دارد؛ این دو، به مطالعاتی اشاره کردند که هزینه– فایده‌ی این‌گونه برنامه‌ها را طی ۲۰ سالِ گذشته بررسی کردند که مشخص کرد به ازای هر یک دلار سرمایه‌گذاری، از ۱/۴ دلار تا ۱۰/۱ دلار سود عاید می‌شود. گتزل و آزمینکاوسکی، به نقل از چاپمن (۲۰۰۵) عنوان کردند که کاهش ۲۵٪ تا ۳۰٪ در هزینه‌های پزشکی کارکنان و غیبت آنان را می‌توان به برنامه‌های ارتقای سلامت نسبت داد.

مطالعات تحلیل هزینه در مورد مقرون‌به‌صرفه بودن انواع مختلف برنامه‌های پیشگیری گزارش‌شده است. برای مثال، رُزنتال و همکاران (۲۰۰۹) هزینه و فایده‌ی برنامه‌ی پیشگیری از حاملگی در نوجوانان را ارزیابی کردند. این مطالعه نشان داد که برنامه با کاهش فرزند آوری دختران نوجوان، بیش از ۲/۶ میلیون دلار منفعت اقتصادی برای جامعه به بار آورده است.

سُوایِهِر، شِرِر و ین[2] (۲۰۰۴) به بررسی هفت مطالعه پرداختند که نسبت‌های هزینه–فایده ی برنامه‌های پیشگیریِ مدرسه–محور و اجتماع–محور را ارزیابی کرده بودند. نرخ هزینه–فایده به ازای هر یک دلار صرف شده، بین ۲ دلار تا ۱۹/۶۴ دلار سود داشت. این دامنه‌ی سود به تنوع رویکردهای پیشگیری و تحلیل‌های هزینه–فایده ی بکار گرفته‌شده نسبت داده می‌شود که حاکی از مقرون‌به‌صرفه بودن این برنامه‌ها است.

اِی. جِی. رینولدز، تِمپل، وایت، اُو و رابرتسِن (۲۰۱۱) مطالعه طولی در کودکان مقطع پیش‌دبستان و ابتدایی در خانواده‌های کم‌درآمد انجام دادند که برای ارتقای رشد سالم، در مراکز کودک–والد در شیکاگو شرکت داشتند. این کودکان تا بزرگ‌سالی (۲۶ سالگی)، تحت بررسی قرار گرفتند. در ارتباط با گروه مقایسه که کودکان کم درآمدی بودند که انواع خدمات دیگر دریافت می‌کردند یا در خانه از مراقبت‌های معمول برخوردار می‌شدند، هزینه–فایده ی برنامه‌های پیش‌دبستانی و دبستانیِ مراکز کودک–والد، بالاترین نسبت را به دنبال داشت و به ازای هر یک دلارِ صرف شده در برنامه، ۳/۹۷ دلار تا ۱۰/۸۳ دلار در نوسان بود. به‌واسطه‌ی درآمد و دریافت مالیات از شرکت‌کنندگان و اجتناب از اقدام به جرم و ورود به سیستم قضایی جرم، منافع مالی برنامه برای جامعه افزایش یافت. این تحقیق، اهمیت تأمین اعتبار برای برنامه‌های رشد اولیه‌ی کودک را تقویت می‌کند– و نه‌تنها سبب ارتقای زندگی افراد می‌شود بلکه با مقرون‌به‌صرفه بودن برای جامعه، منفعت مالی به دنبال دارد.

---

1. Goetzel and Ozminkowski
2. Swisher, Scherer, and Yin

منافع مالی و مقرون‌به‌صرفه بودنِ برنامه‌های پیشگیری در رابطه با موضوعات و سنین مختلف در این حوزه‌ها ارزیابی‌شده است: پیشگیری از مصرف الکل (کرامِر، ۲۰۰۷؛ اِسپاث، گایل و دی[۱]، ۲۰۰۲)، پیشگیری از افسردگی در سالمندان (اسمیت، اِدروین، کُویجپرس، دیگ و بیکمن[۲]، ۲۰۰۶)، مداخلات تأدیبی برای پیشگیری از جرم و کاهش بازگشت مجرمین به زندان (وِلش و فارینگتِن، ۲۰۰۰)، ترک سیگار (راجر و اِمِنز، ۲۰۰۸) و تأثیر اقتصادیِ تسهیلات تزریقیِ پیشنهادشده در کانادا به‌عنوان راهبرد پیشگیری از عفونت‌های اچ.آی.وی (اندِرسِن و بُید، ۲۰۱۰).

ارزیابیِ مقرون‌به‌صرفه بودنِ یک برنامه‌ی پیشگیری می‌تواند برای ذی‌نفعان وظیفه‌ی پیچیده و نگران‌کننده‌ای باشد. *راهنمای تحلیل مقرون‌به‌صرفه بودن رویکردهای اجتماع نگر پیشگیری در سلامت عمومی*[۳] (بعدازاین راهنما نامیده می‌شود) توسط تیمی از موسسه تحقیقاتی بین‌المللی مثلث[۴] (هانی کات و همکاران، ۲۰۰۶) برای وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا طراحی شد. *راهنما* مراحل اجرای مقرون‌به‌صرفه بودنِ برنامه‌های پیشگیریِ اجتماع‌محور را ارائه می‌کند که شامل برنامه‌ریزی برای تحقیق، طرح سؤالات مقرون‌به‌صرفه بودن و انتخاب نوع مناسب تحلیل هزینه است. علاوه بر این، راهنما اطلاعاتی را در رابطه با شناسایی مقیاس‌ها و کمی سازی نتایج و هزینه‌های مداخله‌ی پیشگیری مطرح می‌کند. اطلاعات موجود در این راهنما برای مداخلات پیشگیری که در موقعیت‌هایی غیر از مداخلات اجتماع-محور انجام می‌شوند، کاربرد دارد. راهنما به‌ویژه برای طراحان و ذی‌نفعان برنامه‌های پیشگیرانه مفید است چراکه تحلیل مقرون‌به‌صرفه بودن برنامه‌های پیشگیری به‌جز به شیوه‌های بسیار عمومی، در توصیف و ارزیابی‌های مداخلات پیشگیرانه معمولاً حذف می‌شود.

موضوع دوم در ارتباط با مبانی اقتصادی و تأمین اعتبار برای برنامه‌های پیشگیری، نگرانی‌های روان شناسان و متخصصان سلامت روان است که در موقعیت‌های بالینی کار می‌کنند، چراکه خدمات پیشگیری عموماً توسط بیمه‌های سلامت بازپرداخت نمی‌شود. گرچه بازپرداخت نشدن یکی از موانع جدی در ارائه خدمات پیشگیرانه بوده است، ولی این موضوع در حال تغییر است. برای مثال، قانون مراقبت‌های بهداشتیِ در دسترس در ایالات‌متحده‌ی آمریکا حوزه‌های مختلفی از خدمات پیشگیری را شناسایی کرد که شامل سنجش و مشاوره در مشکلاتی نظیر چاقی، الکل، افسردگی، خشونت بین فردی و عفونت‌های مقاربتی است که سلامت را در معرض خطر قرار می‌دهند. زمانی که برنامه به شکل کامل اجرا شد، لازم است قانون، برخی از موانع مالی را برای متخصصانی که تمایل به شرکت در خدمات پیشگیرانه دارند، کاهش دهد.

. Spoth, Guyll, & Day۱

. Smit, Ederveen, Cuijpers, Deeg, & Beekman۲

۳. The Guide to Analayzing the Cost-Effectiveness of Community Public Health Prevention Approaches

. Research Triangle Institute International۴

بسیاری از کارشناسان سلامت روان در فضاهایی نظیر مؤسسات آموزشی، کلینیک‌های محله‌ای سلامت روان و مراکز مراقبت‌های بهداشتی، مشغول به کار می‌شوند که برای بازپرداخت‌های مالی به برنامه‌های بیمه‌ای دولتی یا خصوصی وابسته نیستند. در این‌گونه مراکز برای مدت‌ها خدمات پیشگیری ارائه می‌شود و امکان شرکت در برنامه‌های پیشگیری فراهم می‌گردد، بدون آن‌که به لحاظ مالی متضرر شوند. مطالعه‌ای که اخیراً در منطقه‌ی شهری میدوست انجام شد، نشان داد که پیشگیری در بیانیه مأموریت وب‌سایت‌های سازمان‌های سلامت روان در ۶۲ محله شناسایی شد (هِین[1]، ۲۰۱۳). علاوه بر این، از ۶۲ سازمان، ۶۰ سازمان برنامه‌های پیشگیری ارائه می‌کردند و درمجموع ۴۰۹ برنامه‌ی پیشگیری در سازمان‌ها ارائه می‌شد. ازاین‌رو، حداقل آن‌گونه که در این تحقیق گزارش شد، امکانات برای شرکت در برنامه‌های پیشگیری وجود دارد. مفید خواهد بود که مطالعات مشابهی در دیگر محله‌ها و مناطق صورت پذیرد.

خلاصه

در این فصل به سه موضوع پرداخته شد که ضروری است در حرفه‌ی پیشگیری مدنظر قرار گیرد. لازم است در تخصص‌های سلامت روان توجه و اولویت بخشیدن به اخلاقیات، آموزش و تأمین اعتبار برای پیشگیری– در کارورزی، پژوهش و اجرا افزایش یابد. گرچه در این سه حوزه پیشرفت‌هایی حاصل‌شده است، ولی برای آگاهی از اینکه چگونه این حوزه‌ها می‌توانند به شکلی کامل‌تر با مفهوم‌سازی‌های وسیع‌تری از تخصصِ پیشگیری یکپارچه شوند، ضروری است که نیازهای بیشتری برآورده شوند. به شیوه‌های مختلف، این سه موضوع با یکدیگر درهم‌تنیده‌اند. اگر اعتبارات مالی پیشگیری راحت‌تر تأمین شود، نهادهای آموزشی و کارشناسان حوزه سلامت روان از آموزش‌های پیشگیری بیشتر حمایت کرده و در اقدامات پیشگیری فعالیت می‌کنند. اخلاق پیشگیری در دوره‌ها و موضوعاتی که به آموزش پیشگیری می‌پردازند، مهم هستند و در انجام تحقیقات و اجرای مداخلات پیشگیری، اقدامات مبتنی بر اخلاق ضروری خواهد بود.

---

[1]. Hane

فصل ۱۰

چشم‌انداز روان‌شناسی پیشگیری

پیشگیری در بین روان‌شناسی و سایر رشته‌های علمی سلامت روان از آینده‌ای روشن برخوردار است. این کتاب، با برخورداری از منابع قوی، مطالب موجود در پژوهش‌ها و مداخلات پیشگیری را بررسی کرده است. همان‌طوری که در این کتاب نشان داده‌شده است، پیشگیری در طول عمر انسان کاربرد داشته و به حوزه‌ای میان‌رشته‌ای، متشکل از رشته‌ها و تخصص‌های مختلف تبدیل شده است. علاوه بر این در مؤسسات مختلفِ دولتی در ایالات‌متحده‌ی آمریکا و در سیاست‌گذاری عمومی، بیش‌ازپیش به پیشگیری توجه می‌شود (نگاه کنید به‌ضمیمه‌ی ب). سازمان‌های تخصصی، نظیر انجمن روان‌شناسی آمریکا بر ارزش و قابلیت پیشگیری صحه گذاشته‌اند (نگاه کنید به‌ضمیمه‌ی الف).

ولی به‌رغم پیشرفت در تحقیقات و اقدامات پیشگیری و افزایش مشاهده‌ی پیشگیری در سازمان‌های تخصصی و برنامه‌های سیاست‌گذاری‌های عمومی، لازم است چند چالش موردتوجه قرار گیرد. ضروری است در پیشگیری، تأکید به‌مراتب بیشتری بر آموزش متخصصان کاربردی سلامت روان صورت گیرد و در رابطه با دستورالعملِ مجوزهای حرفه‌ای و الزامات آموزشی در هیئت گواهینامه‌های حرفه‌ای توجه بیشتری به پیشگیری معطوف شود؛ و آخر این‌که لازم است مؤسسات سلامت روان و رشد انسان، امکانات بیشتری را برای بازپرداخت خدمات پیشگیری فراهم کنند. این موضوع، چالشی به‌ویژه مهم برای کارشناسان سلامت روان است که خدمات پیشگیری را در مراکز خصوصی ارائه می‌کنند.

آن‌گونه که در فصل اول توضیح داده شد، پیشگیری حوزه‌ی جدیدی از علم نیست، ولی برخلاف پیشرفت‌های حاصل‌شده، به‌ویژه در طول ۵۰ سال گذشته، برای رشد و توسعه در آینده و امکان ارتقا برای متخصصان سلامت روان و رشد انسان حوزه‌های مختلفی را ارائه می‌کند. در این فصل این حوزه‌ها بررسی می‌شوند.

در این کتاب، تأکید بر اجرای مداخلات پیشگیرانه‌ای بوده است که مبتنی بر شواهد بوده‌اند و لازم است در آینده تداوم یابند. مطالب، وب‌سایت‌ها و بایگانی‌های بی‌شماری وجود دارد که متخصصان پیشگیری می‌توانند برای شناساییِ مداخلات مبتنی بر شواهد از آنان استفاده کنند. امکانات ذکرشده می‌تواند برای موقعیت، جامعه‌ی هدف و تغییر رفتارِ مدنظر مناسب باشند. گرچه بسیاری از مداخلات اولیه‌ی پیشگیری بر کودکان و نوجوانان حین دوران تحصیل متمرکز بودند، ولی در حال حاضر در دیگر گروه‌های سنی مداخلات بیشتری طراحی و اجراشده

است. بااین‌وجود، این مداخلات به پرشماری فعالیت‌های پیشگیری که در مؤسسات آموزشی اجراشده‌اند، نیست. مداخلات پیشگیری و ارتقای سلامت روان که می‌توان آن‌ها را در محله‌ها و با حضور بزرگ‌سالان اجرا کرد مهم محسوب می‌شوند، چراکه مداخلاتی هستند که می‌توان آنان را در محیط‌های کار نیز به اجرا درآورد؛ و البته، مداخلات پیشگیری و ارتقای سلامت روان در سالمندان در قرن ۲۱ مهم‌تر خواهد شد چراکه افراد عمر طولانی‌تری خواهند داشت و نیاز دارند بعد از بازنشستگی با سبک زندگی فعال‌تر، از زندگی لذت ببرند.

ورای موقعیت، جامعه‌ی هدف و نوع مداخله، به‌منظور حمایت از اثربخشی و مؤثر بودن مداخلات پیشگیری، مهم است که این نوع از مداخلات، حداقلی از شواهد را دارا باشند و این‌که به‌واسطه‌ی حداقل یک نظریه یا مدل حمایت شوند تا در تبیین نتایج، مفید واقع شوند. در این کتاب در فصل ۳ چندین مدل تغییر رفتار، بررسی شد و در فصل‌های ۶ و ۷ چند چارچوب نظریِ دیگر در توصیف مداخلات مطرح شد. کاربردهای روان‌شناختی روان‌شناسی مثبت (به فصل ۴ نگاه کنید) و عدالت اجتماعی (نگاه کنید به فصل ۵) نیز حوزه‌هایی هستند که مداخلات پیشگیری و ارتقای سلامت روان را چارچوب‌بندی می‌کنند.

حتی با مرور اجمالی این کتاب مشخص می‌شود که پیشگیری، تخصصی چند رشته‌ای است و در آینده نیز بر همین منوال پیش خواهد رفت. پیشگیری و ارتقای سلامت به هیچ رشته‌ی علمی یا تخصصی تعلق نداشته و رشته‌های علمی بسیاری را درمی‌نوردد تا حدی که برخی از مؤسسات، رشته‌هایی در مقطع تحصیلات تکمیلی و حوزه‌های تخصصی در پیشگیری طراحی کرده‌اند (به فصل ۹ نگاه کنید). به شکلی مطلوب، این‌گونه امکانات آموزشی در ابعادی وسیع‌تر در آینده به وجود خواهد آمد. پیشگیری می‌طلبد که متخصصان رشته‌های علمی نه‌تنها برای آموزش نسل بعدی متخصصان پیشگیری در کنار هم قرار گیرند بلکه برای توسعه، اجرا، تحقیق و ارزیابی مداخلات پیشگیرانه با یکدیگر همکاری کنند. همکاری‌های حرفه‌ای مهم هستند چراکه هیچ رشته‌ی علمی برای اجرای اقدامات پیشگیری در تمام حوزه‌های موردنیاز حرف اول را نمی‌زند. همان‌طور که در این کتاب مطرح شد، متخصصان پیشگیری از حوزه‌هایی نظیر مشاوره، اقتصاد، آموزش، پرستاری، روان‌شناسی ، بهداشت عمومی، سیاست‌گذاری عمومی و مددکاری اجتماعی هستند. در سال‌های اخیر، متخصصانی از ژنتیکِ رفتاری، بازاریابی، نوروساینس و فن‌آوری آموزشی نیز در پیشگیری مشارکت داشته‌اند و این مشارکت در آینده افزایش خواهد یافت. بدین ترتیب آموزش متخصصان پیشگیری در سال‌های بعد غنی‌تر خواهد شد.

ضروری است متخصصان پیشگیری از اولویت‌های ملی و سازمانی که از پیشگیری و ارتقای سلامت پشتیبانی می‌کنند، آگاه بوده و به آن‌ها توجه داشته باشند. اولویت‌ها در چشم‌اندازهای برنامه‌ریزی و تأمین اعتبار، مهم هستند، حال چه به دولت ملی یا ایالتی وابسته باشند، یا به تشکل‌های محلی، بنیادهای خصوصی، کارفرمایان محلی یا مؤسسات آموزشی. ضمیمه‌ی ب بسیاری از تشکیلات دولتی و غیردولتی را فهرست کرده است که برای اخذ اطلاعات و منابع اعتباری مفید هستند. البته در کنار منابعی که در ضمیمه‌ی ب فهرست شده و دیگر منابعی که در فصل‌های کتاب ارائه شدند، موارد بیشتری نیز در دسترس است. یک نمونه از مؤسسات مهم دولتی در ایالات‌متحده‌ی آمریکا که اقدامات راهبردی مرتبط با پیشگیری را گزارش می‌کند، اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد است. این اداره (۲۰۱۱) هشت اقدام راهبردی را برای سال‌های آتی برشمرد که عبارت‌اند از:

- **پیشگیری از سوءمصرف مواد و بیماری‌های روان‌شناختی :** تمرکز بر اجتماع و ارتقای سلامت هیجانی و پیشگیری از بیماری‌های روانی، سوءمصرف مواد و خودکشی از طریق پیوندهای محله‌ای؛ شامل تمرکز بر نوجوانان در معرض خطر، نوجوانان اجتماعات محلی و خانواده‌های نظامیان.
- **شوک عاطفی و عدالت:** تمرکز بر کاهش خشونت و تروما به‌وسیله‌ی مداخلات فراگیر و فردی، به‌ویژه در آن دسته از افرادی که در معرض خطر هستند یا به‌تازگی درگیر سیستم قضایی بزهکاری یا جنایت شده‌اند.
- **خانواده‌های نظامیان:** حمایت از نظامیان زن و مرد، افراد زیر پرچم، ذخیره‌ها و سربازان پیشین، برای حصول اطمینان از این‌که خدمات سلامت رفتاری در دسترس است و این‌که این‌گونه خدمات نتایج مثبت را ارتقا می‌دهند.
- **حمایت از بهبودی:** ارتقای رویکردهای فردی، خانوادگی و فراگیر به‌منظور ترویج سلامتی و تاب‌آوری از طریق خانه و مسکن دائمی، استخدام، آموزش و کاهش موانع تبعیض‌آمیز.
- **اصلاحات بهداشتی:** ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیرانه، درمانی، بهبودی و کاهش نابرابری در مراقبت‌های بهداشتی، بین افرادی که دارای مشکلات سلامت روان و مشکلات جسمانی هستند و حمایت از خدمات مراقبت‌های هماهنگ در شرایط رخداد هم‌زمان.
- **فن‌آوری اطلاعات در حوزه‌ی سلامت:** تقویت مشارکت همه‌جانبه‌ی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، شامل متخصصان پیشگیری، در حوزه‌ی سلامت و مدارک الکترونیکی سلامت با به‌کارگیری فن‌آوری اطلاعات.
- **داده‌ها، نتایج و کیفیت:** حمایت از راهبرد یکپارچه‌ی جمع‌آوری اطلاعات و ارزیابی برای تعیین اثر، اطلاع‌رسانی در سیاست‌ها و بهبود کیفیت خدمات سلامت رفتاری.
- **آگاهی و حمایت عمومی:** ارتقا و افزایش آگاهی عمومی و درک اختلالات روان و سوءمصرف مواد و قابلیت پیشگیری برای کاهش شیوع و اثرات آن‌ها از طریق شناسایی به‌موقع و درمان. لازم است متخصصان پیشگیری به شکل دوره‌ای با دیگر مؤسسات دولتی، نظیر موسسه‌ی ملی سلامت روان مشورت کرده تا از اقدامات راهبردی و اولویت‌های پژوهشی مطلع شوند؛ مؤسسات ایالتی و مطب‌های خصوصی نیز می‌توانند اقدامات راهبردی را که به کاربردهای پیشگیری مربوط هستند، توسعه داده و لازم است به شکلی مرتب ارزیابی شوند.

استفاده از فن‌آوری در تحقیقات و مداخلات پیشگیری در چند فصل توصیف شد (فصل‌های ۳، ۶ و ۷ را نگاه کنید). ازآنجاکه فن‌آوری‌ها، گسترده‌تر، هوشمندانه‌تر و بی‌دردسرتر می‌شوند، ابزارهای فن‌آوری، اثر مهمی بر اقدامات پیشگیری خواهند گذاشت. برای مثال، همان‌گونه که در این کتاب مطرح شد، مداخلات پیشگیرانه‌ای که با استفاده از اینترنت انجام می‌شوند و مؤلفه‌های تکمیلی مداخلات، با میزانی از موفقیت‌ها همراه بوده‌اند. این‌گونه

مداخلات، تسهیلاتی را برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌کنند و دارای ظرفیت ارائه‌ی اطلاعات جامع در مورد موضوع موردنظر هستند. علاوه بر این، ابزارهای فن‌آوری از طریق پیام‌های راهنمایی کننده و انگیزشی، مداخلات را ارتقا می‌بخشند. این موارد بین جلسات پیشگیری، ارائه‌شده و توسط شرکت‌کننده انجام می‌شود. از فن‌آوری می‌توان برای به‌روز نمودن بایگانی سوابق و اطلاعات جمع‌آوری‌شده نیز استفاده کرد، همان‌گونه که ممکن است در زمان‌های دلخواه، رفتار ثبت شود و نظرسنجی‌ها به‌صورت الکترونیک تکمیل شود. علاوه بر این، جمع‌آوری الکترونیک داده‌ها، می‌تواند گردآوری اطلاعات را از افرادی نظیر والدین، مراقبین، معلمان و دوستان که مستقیماً در مداخله‌ی پیشگیری شرکت نکرده‌اند، تسهیل کند. علاوه برداده های خود گزارشی درصورتی‌که داده‌ها از دیگر منابع جمع‌آوری شوند، ارزیابی‌های پیشگیری بهتر انجام خواهد شد.

پیش‌بینی می‌شود تحقیقات و کاربردهای پیشگیری در آینده افزایش یابند. این کتاب ارزیابی وسیعی را از سوابق تاریخی وضعیت فعلی پیشگیری ارائه کرد. نظریات و چشم‌اندازهای قابل کاربرد در پیشگیری در سطوح فردی، اجتماعی و سیاست‌گذاری همراه با مثال‌هایی از مداخلات پیشگیرانه در موقعیت‌های مختلف، با گروه‌های سنی مختلف که توسط تخصص‌های علمی متفاوت اجراشده بود، موردبحث قرار گرفت. در این کتاب موضوعات حائز اهمیت در پیشگیری مانند اخلاق، آموزش و تأمین اعتبار، مطرح شد، ضمن این‌که به سمت‌وسوی آتی این تخصص نیز پرداخته شد. امید که این کتاب تصویر جامعی از پیشگیری را به خوانندگان ارائه داده و متخصصان تازه‌کار و باتجربه را بر آن دارد که پیشگیری را به‌عنوان بخشی مهم از هویت و فعالیت حرفه‌ای خود در نظر بگیرند.

پیوست‌ها

ضمیمه‌ی الف:

راهنمای انجمن روان‌شناسی آمریکا برای پیشگیری در روان‌شناسی

راهنمای شماره‌ی ۱. روان شناسان ترغیب می‌شوند مداخلات پیشگیرانه‌ای را انتخاب و اجرا کنند که مبتنی بر نظریه و شواهد پژوهشی هستند.

راهنمای شماره‌ی ۲. روان شناسان ترغیب می‌شوند فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای را بکار گیرند که تناسب فرهنگی داشته و برای اجرا در اجتماع یا گروه خاصی متناسب شده‌اند.

راهنمای شماره‌ی ۳. روان شناسان ترغیب می‌شوند، مداخلات پیشگیرانه‌ای را طراحی و اجرا کنند که عوامل خطر را کاهش داده و نقاط قوت فرد را تقویت کنند.

راهنمای شماره‌ی ٤. روان شناسان ترغیب می‌شوند، پژوهش و ارزیابی را به‌عنوان اجزایی لاینفک، وارد طراحی و اجرای برنامه‌ی پیشگیرانه کنند.

راهنمای شماره‌ی ٥. روان شناسان ترغیب می‌شوند اخلاق حرفه‌ای را در فعالیت‌ها و پژوهش‌های پیشگیری در نظر داشته باشند.

راهنمای شماره‌ی ٦. روان شناسان ترغیب می‌شوند به موارد زمینه‌ای مؤثر در نابرابری‌های اجتماعی توجه داشته باشند که بر تحقیقات و فعالیت‌های پیشگیری تأثیر می‌گذارند.

راهنمای شماره‌ی ۷. روان شناسان ترغیب می‌شوند آگاهی، دانش و مهارت‌های ضروری در پیشگیری را از طریق تداوم آموزش، کارورزی، نظارت و مشاوره تقویت کنند.

راهنمای شماره‌ی ۸. روان شناسان ترغیب می‌شوند که در مداخلات نهادی و فراگیر که سلامت فرد، خانواده و اجتماع را تقویت می‌کنند، مشارکت داشته و از فشارهای ناخوشایند روان‌شناختی و جسمی و ناتوانی‌ها پیشگیری کنند.

راهنمای شماره‌ی ۹. روان شناسان ترغیب می‌شوند زمانی که یافته‌های قابل‌اطمینانی در علم پیشگیری وجود دارد تلاش کنند برای ارتقای سلامت و آسایش مردم، آن‌ها را وارد سیاست‌گذاری‌های عمومی کنند.

ضمیمه‌ی ب:

منابع پیشگیری

منابع دولت ایالات‌متحده

اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد

(SAMHSA; http;//www.samhsa.gov)

این موسسه که در وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا قرار دارد، متعهد است سلامت رفتاری مردم را تقویت کند. موسسه بدون هیچ هزینه‌ای، در رابطه با بسیاری از موضوعات از طریق چاپ نشریات، منابع بسیاری را ارائه می‌کند. امکانات بورس نیز از طریق این موسسه فراهم است. در ادامه نمونه‌هایی از منابعی این موسسه شرح داده می‌شود.

الف. سازه‌سازی برای آینده‌ای سالم‌تر (http;//www.bblocks.samhsa.gov)

سایت مذکور، اطلاعات، مطالب و موضوعات آموزشی در مورد کودکانِ مقطع پیش‌دبستان و اوایل دبستان ارائه می‌کند که برای والدین، مراقبین و معلمان قابل‌استفاده است. این سایت شامل بازی‌ها، ترانه‌ها و فعالیت برای این گروه سنی است تا رشد کودک به شکلی مثبت ارتقا یابد.

ب. دفتر مرکزی مراکز پیشگیری از سو مصرف مواد و به‌کارگیری فن‌آوری‌های پیشگیری (http;//www.captus.samhsa.gov)

این مرکز به‌منظور تقویت سامانه‌های پیشگیری و سلامت رفتاری نیروی کار، آموزش‌های پیشگیری و کمک‌های فنی ارائه می‌کند. برای مثال، سایت دفتر مرکزی برای تائید یک برنامه‌ی پیشگیری در بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد، پیشنهادهایی را مطرح می‌کند.

ج. تأمین اعتبار برای هزینه‌های پژوهشی در اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد (http;//www.beta.samhsa.gov/grants)

این واحد امکاناتی را برای تأمین اعتبارات مالی برای حمایت از برنامه‌های سلامت روان و پیشگیری و درمانِ مصرف مواد فراهم می‌کند. سایت این تشکیلات شامل فرایند اجرای کمک‌هزینه‌ی پژوهشی، ارزیابی و مدیریت آن است.

د. مدارس ایمن/دانش‌آموزان سالم (http;//www.sshs.samhsa.gov)

این تشکیلات جوایز کمک‌هزینه‌های پژوهشی به بخش‌های ایالتی آموزش و سلامت روان را تأمین می‌کند. این فعالیت از طریق همکاری سه وزارتخانه ایالات‌متحده‌ی آمریکا و به‌منظور حمایت از همکاری مدارس و محلات برای کاهش خشونت و سوءمصرف مواد و ارتقای پیشرفت مدارس و سلامت روان دانش‌آموزان صورت می‌گیرد.

ه. بخش برنامه‌های محیط کار (http;//www.dwp.samhsa.gov/)

این بخش، بر حذف مصرف داروهای غیرقانونی در بین نیروی کار فدرال نظارت می‌کند و به آزمایشگاه‌ها گواهی می‌دهد که آزمون مواد مخدر در مؤسسات فدرال را انجام دهند. علاوه بر این از طریق برنامه‌های سلامت جامع و تندرستی در محیط کار سلامتی و ایمنی را ارتقا می‌دهد.

و.شروع به‌موقع (http;//www.toosmarttostart.samhsa.gov/)

این تشکیلات یک برنامه آموزش عمومی است که برای مبارزه با مصرف الکل در زیر سن قانونی طراحی‌شده است؛ این سایت مطالب و راهبردهایی را برای جوانان، نوجوانان، آموزش‌دهندگان، خانواده‌ها و مسئولین محلی فراهم می‌کند. موارد ذکرشده از طریق موضوعات آموزشی، نشریات و بازی‌های اینترنتی، متناسب با سن کسانی که برای مصرف الکل زیر سن قانونی هستند، مطلب ارائه می‌کند.

ی. زمینه‌یابی ملی در مورد مصرف مواد و سلامتی (http;//www.oas.samhsa.gov/nsduh.htm)

این تشکیلات، نرخ شیوع مصرف و سوءمصرف الکل و مواد و وضعیت سلامت روان مردم ایالات‌متحده‌ی آمریکا را از ۱۲ سالگی به بالا ارزیابی می‌کند (قبلاً زمینه‌یابی ملی خانگی نامیده می‌شد). زمینه‌یابی ملی توسط دفتر آمار کاربردی اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد انجام می‌شود. علاوه بر این، بر اساس زمینه‌یابی ملی، داده‌های گسترده‌ای در مورد نرخ‌های شیوع در آمریکا در دسترس است. آمار شیوع مذکور از طریق داده‌های اداره‌ی خدمات سلامت روان و سوءمصرف مواد، نتایج و وب‌سایت *کیفیت ارائه* می‌شود (http;//www.samhsa.gov/data).

ز. بایگانی ملی برنامه‌ها و اقدامات مبتنی بر شواهد (http;//www.nrepp.samhsa.gov)

این سایت منبعی برای شناسایی مداخلات و فعالیت‌های پیشگیری است که بعد از مرور توسط این تشکیلات اجازه‌ی انتشار می‌یابد. در این کتاب از بایگانی ملی به‌کرات نقل‌قول شد.

مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (cdc; http;//www.cdc.gov)

یکی از واحدهای توانمند در وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات‌متحده آمریکا است که به‌منظور بهبود کیفیت زندگی، از طریق پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، ناتوانی و صدمات فیزیکی، سلامت و آسایش را ارتقا می‌دهد. وب‌سایت این واحد، مطالب و اطلاعات آموزشی را فراهم می‌کند که مرتبط با سلامت مردم است. واحدهای مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری به شرح زیر است:

الف. دفتر مصرف سیگار و سلامتی (OSH; http;//www.cdc.gov/tobacco)

این دفتر در سال ۱۹۶۵ تأسیس شد و به کاهش مرگ‌ومیر حاصل از سیگار و ناتوانی‌های مربوط اختصاص یافت. سایت این دفتر اطلاعات آماری در مورد مصرف سیگار، برنامه‌ها، موضوعات مربوط به ترک سیگار و امکانات تأمین منابع مالی را ارائه می‌کند.

ب. سیستم نظارت بر رفتار خطرناک جوانان (YRBSS; (http;//www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm

این سیستم بر شش نوع رفتار خطرناک در سلامتی نظارت می‌کند که در کاهش سلامتی و ایجاد ناتوانی در بین جوانان و بزرگ‌سالان نقش دارد: مصرف الکل و مواد، مصرف تنباکو، رژیم‌های غذایی ناسالم، بی‌تحرکی، رفتارهای پرخطر جنسی و ضرب‌وجرح و خشونت. این تشکیلات شیوع چاقی و آسم را نیز می‌سنجد و در زمینه‌یابی جهانی مدرسه–محور که به سلامت دانش‌آموزان[1] می‌پردازد، با سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل متحد همکاری می‌کند.

ج. بخش پیشگیری از خشونت (http;//www.cdc.gov/violenceprevention)

این بخش به پیشگیری از صدمات و مرگ حاصل از خشونت اختصاص دارد که شامل بدرفتاری با کودک، خشونت با همسر، سو رفتار با سالمند و خودکشی است. سایت آن نیز نشریات و مطالب آموزشی را برای متخصصان و افراد غیرمتخصص فراهم می‌کند که شامل داده‌های پژوهشی و آماری، اطلاعات در مورد عوامل محافظ و خطر و امکانات تأمین منابع مالی است.

د. مرکز ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت (http;//www.cdc.gov/chronicdisease)

این مرکز به پیشگیری و به تأخیر انداختن ظهور بسیاری از مشکلات سلامتی، نظیر سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی و سکته‌ی مغزی اختصاص دارد. این مرکز، اطلاعات و مطالب آموزشی را ارائه می‌کند تا متخصصان و جامعه را برای تقویت سلامت اجتماع و مدرسه از طریق برنامه‌های سلامت عمومی و فعالیت‌های نظارت بر سلامتی آموزش دهد.

مؤسسات ملی سلامت (NIH; http;//www.nih.gov)

به‌عنوان بخشی از وزارت سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، موسسه ملی سلامت، آژانس تحقیقات پزشکی در این کشور است که برای تقویت سلامتی و کاهش بیماری‌ها و ناتوانی‌ها، تحقیق و پژوهش را گسترش می‌دهد. موسسه ملی سلامت متشکل از ۲۷ بخش و مرکز است که بر جنبه‌های مختلف سلامتی متمرکز هستند. در ادامه چهار موسسه از این تشکیلات توضیح داده می‌شوند.

---

۱. the Global School-Based Student Health Survey

الف. موسسه ملی سلامت روان (NIMH;http://www.nimh.nih.gov)

از چندین بخش تشکیل‌شده است که از تحقیقات پایه‌ای و بالینی برای درک بهتر بیماری‌های روان‌شناختی و تقویت اقدامات پیشگیری و بهبودی و درمان‌های بیماری‌های روان‌شناختی حمایت می‌کند.

ب. موسسه‌ی ملی سرطان (NCI; http://www.cancer.gov)

این موسسه با برنامه ملی سرطان در ارتباط است که پژوهش‌های مربوط به سرطان، آموزش و ترویج اطلاعات سلامتی مرتبط با پیشگیری، تشخیص و درمان سرطان را ارائه کرده و از آن‌ها حمایت می‌کند.

ج.موسسه‌ی ملی سوءمصرف مواد (NIDA; http://www.nida.nih.gov)

این موسسه از تحقیقات مربوط به پیشگیری از سوءمصرف مواد و اعتیاد حمایت می‌کند؛ علاوه بر این یافته‌های پژوهشی را در اختیار متخصصان، جامعه و سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. منابع مالی نیز توسط این تشکیلات تأمین می‌شود.

د. موسسه‌ی ملی سوءمصرف و اعتیاد به الکل (NIAAA; http://www.niaaa.nih.gov)

این موسسه به‌عنوان بزرگ‌ترین تأمین‌کننده‌ی منابع مالی در تحقیقات مربوط به الکل در دنیا، از پژوهش‌های مربوط به تأثیر الکل بر سلامتی و آسایش حمایت کرده و این‌گونه پژوهش‌ها را انجام می‌دهد. علاوه بر این، تحقیقات مربوط به الکل را بین متخصصان و عامه‌ی مردم مطرح کرده و ترویج می‌کند.

دپارتمان آموزش ایالات‌متحده

الف. دفتر دانش‌آموزان ایمن و سالم (OSHS; (http://www۲.ed.gov/about/offices/list/oese/index.html

این دفتر بر برنامه‌ها و فعالیت‌هایی متمرکز است که محیط مدارس را بهبود بخشیده و از یادگیری، سلامت و آسایش دانش‌آموزان حمایت می‌کند (قبلاً دفتر مدارس ایمن و عاری از مواد نامیده می‌شد). این دفتر بر چند حوزه تمرکز دارد که شامل پیشگیری از مواد و خشونت، آموزش منش و آموزش شهروندی و سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان است. این دفتر بخشی از دفتر آموزش ابتدایی و ثانویه است که از چندین برنامه درزمینه‌ی پرداخت کمک‌هزینه‌های پژوهشی حمایت می‌کند.

ب. حوزه‌های فعالیت اداره‌ی مرکزی[1] (WWC; http://www.whatworks.ed.gov)

این اداره در سال ۲۰۰۲ به‌عنوان بخشی از موسسه‌ی علوم تربیتی تأسیس شد و توسط مرکز ملی ارزیابیِ آموزش که در موسسه‌ی علوم تربیتی قرار دارد، مدیریت می‌شود. این اداره منبعی برای آموزشگران، محققان و

---

1. What Works Clearinghouse

سیاست‌گذاران است. این تشکیلات، تحقیقات مربوط به آموزش (نظیر پیشگیری از ترک تحصیل، آموزش زودهنگام، رفتار دانش‌آموزان) و فعالیت‌ها و برنامه‌های آموزشی را گزارش می‌کند تا نتایج تحصیلی دانش‌آموزان بهتر شود.

دفتر عدالت برای نوجوان و پیشگیری از بزهکاری (OJJDP; http://www.ojjdp.gov)

به‌عنوان بخشی از وزارتخانه‌ی دادگستری ایالات‌متحده، این دفتر منابعی را برای پیشگیری ارائه می‌کند و در برابر بزهکاری و آزار و اذیت نوجوانان موضع می‌گیرد. در رابطه با مراقبت از کودک، عوامل محافظ و خطر و راهبردهای تقویت خانواده‌ها و فرزند پروری، مطالب و داده‌های آماری تهیه می‌کند. در این دفتر برنامه‌های حمایت مالی نیز وجود دارد.

واحد برنامه ملی کنترل مواد (ONDCP; http://www.whitehousedrugpolicy.gov)

واحد برنامه ملی کنترل مواد، به‌عنوان بخشی از واحد اجرایی دولت ایالات‌متحده، اقدامات و منابع برای کنترل مواد را از طریق دولت فدرال هماهنگ می‌کند. در میان فعالیت‌های این واحد، سرپرستی برنامه‌های پیشگیری را که به شکل ملی تأمین اعتبار می‌شود به عهده دارد و از ائتلاف‌های محلی برای پیشگیری از مصرف مواد حمایت مالی به عمل می‌آورد. این دفتر برای مبارزه با مصرف مواد، همکاری‌های بین‌المللی را تقویت می‌کند و به شکل بین‌المللی گزارش می‌دهد.

گروه کاری بین موسسه‌ای برنامه‌های ویژه‌ی جوانان: جوانی را دریاب!

(http://www.findyouthinfo.gov)

این گروه کاری بین موسسه‌ای، از نمایندگان ۱۸ موسسه دولتی تشکیل‌شده است که از برنامه‌ها و خدماتی حمایت می‌کند که برای جوانان ارائه می‌شود. این تشکیلات در رابطه با موضوعات متنوعی نظیر قلدری، سلامت روان، مشارکت شهروندی و جنسیت، منابع و ابزارهایی را برای سازمان‌ها، مدارس، محلات و خانواده‌ها فراهم می‌کند.

تبادل‌نظر بین سازمانی در رابطه با وضعیت کودک و خانواده (http://www.childstas.gov)

این تشکیلات آمار مربوط به کودکان و خانواده‌هایشان را در چندین حوزه، از قبیل محیط‌های خانوادگی و اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی، ایمنی، رفتار و آموزش گزارش می‌کند. این جایگاه، همکاری و مشارکت مربوط به‌سلامت کودک و خانواده در مؤسسات دولتی را نیز تقویت می‌کند.

سازمان‌های خصوصی

شبکه‌ی تحقیق و آموزش در مورد کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها (http://www.cyfernet.org)

این سازمان در رابطه با کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها، منابعی را برای متخصصان و والدین تهیه می‌کند. این منابع از دانشگاه‌هایی تأمین می‌شود که زمین آنان توسط دولت[1] تأمین می‌شود. مطالب آموزشی این شبکه شامل برنامه‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر شواهد، محتواهای آموزشی و ارزیابی و راهبردهای پژوهشی است.

تشکل ائتلاف‌های ضد مواد در آمریکا (http://www.cadca.org)

هدف این سازمان پیشگیری از سوءمصرف الکل، تنباکو و مواد از طریق اتحاد محله‌ای است. وب‌سایت این تشکل شامل راهبردهای تأمین اعتبار برای محلات، سیاست‌ها و فعالیت‌های حمایتی، امکانات آموزشی و ارائه‌ی تعاملی مطالب در رسانه‌ها است.

رصد آینده (http://www.monitoringthefuture.org)

این تشکیلات از طریق نشریات و اطلاع‌رسانی در رابطه با رفتارها، نگرش‌ها و ارزش‌های دانش‌آموزان دبیرستانی، دانشجویان و جوانان، به‌وسیله‌ی نظرسنجی‌های سالیانه، داده فراهم می‌کند.

تشکل ملی خانواده‌های آسیایی‌تبار و آمریکایِ لاتین تبار در آمریکا در برابر سوءمصرف مواد(http://www.napafasa.org)

این تشکل برای پیشگیری و کاهش مصرف الکل، مواد و موارد مرتبط (نظیر سلامت روان، تبهکاران) در سال ۱۹۸۷ در جمعیت‌های آسیایی‌تبار، جمعیت بومی هاوایی و دیگر جمعیت‌های آمریکای لاتین تأسیس شد. وب‌سایت این تشکل در رابطه با پروژه‌ها و یافته‌های مربوط به مصرف مواد و الکل در اجتماعات قومی اطلاعات تهیه می‌کند که تشکل در آن خدمات ارائه می‌کند.

مرکز ملی اعتیاد و سوءمصرف مواد (http://www.casacolumbia.org)

این مرکز باهدف پیشگیری، کاهش و ریشه‌کن کردن اعتیاد در سال ۱۹۹۲ در دانشگاه کلمبیا راه‌اندازی شد. وب‌سایت این مرکز شامل مطالبی (برای مثال در مورد پژوهش و نوشته‌ها، ابزارهای غربالگری خطر اعتیاد) برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، سیاست‌گذاران و عموم مردم است.

---

[1] Land-grant.

شبکه ملی لاتین تباران برای کنترل تنباکو (http://www.latinotobaccocontrol.org)

این شبکه به‌منظور ایجاد اتحاد و مدیریت در محلات برای کاهش خطرات حاصل از مصرف تنباکو و نابرابری در محله‌های لاتین تبار توسط مراکز کنترل بیماری‌ها تأسیس شد. این سازمان برای آموزش‌هایی که به لحاظ فرهنگی مناسب هستند خبرنامه، مطالب آموزشی و کمک‌های فنی ارائه می‌کند.

همکاری در سازمان عاری از مواد (http://www.drugfree.org)

این تشکل، به‌عنوان منبع مداخله و پیشگیری از سوءمصرف مواد و الکل برای والدین و متخصصانی است که سوءمصرف در بین نوجوانان و جوانان را مدنظر قرار می‌دهند. این سازمان شامل منابعی نظیر مشاوره‌های تلفنی مجانی، راهنمایی‌های عمومی برای سوءمصرف کنندگان مواد و اطلاعات در مورد موضوعات جاری (نظیر قانون‌گذاری در مورد حشیش) است.

شرکای پیشگیری (http://www.preventionpartners.com)

این موسسه مطالب و اقلامی (نظیر خودکار، پوستر، پوشاک) را برای استفاده در کارزارهای پیشگیری با موضوعات مختلفی نظیر مصرف الکل و تنباکو، پیشگیری از خشونت و آموزش منش به فروش می‌رساند. این تشکل از برنامه‌های پیشگیری نیز حمایت مالی به عمل می‌آورد.

طرح کلی رشد سالم در نوجوانان (http://www.blueprintsprograms)

این برنامه بخشی از مرکز مطالعه و پیشگیری از خشونت در دانشگاه کلرادو در شهر بولدر[1] است. وب‌سایت این تشکل، برنامه‌های علمیِ پیشگیری/مداخله‌ای را شناسایی می‌کند که مرتبط با موضوعات پیشگیری از خشونت و دیگر حوزه‌های مرتبط با رشد سالم در نوجوانان است. در این سایت، برنامه‌ها فهرست شده و درجه‌بندی می‌شوند که شامل برنامه‌هایی است که به‌عنوان برنامه‌های الگو شناسایی‌شده‌اند و یا اثربخش بوده‌اند. تحلیل هزینه–اثربخشیِ برنامه‌های الگو نیز ارائه می‌شود.

گرایش‌های کودک (http://www.childtrends.org)

این مرکز تحقیقاتیِ غیرانتفاعی، اطلاعات، داده‌ها و تحلیل موضوعات مرتبط با سلامتی کودکان و نوجوانان را فراهم می‌کند. این مرکز فهرستی از برنامه‌های مؤثر پیشگیری را ارائه می‌کند که خارج از مدرسه برگزار می‌شوند. مقایسه‌های بین‌المللی داده‌ها در مورد آسایش کودکان و داده‌های مربوط به‌سلامت کودکان در سنین ویژه و گروه‌های قومی نیز ارائه می‌شود.

---

1. Boulder

سازمان جهانی بهداشت (WHO; http://www.www.who.org)

سازمان جهانی بهداشت در سازمان ملل، موضوعات جهانی مربوط به‌سلامت و آسایش را در دنیا مدیریت و هماهنگ می‌کند. این سازمان در مورد سلامت به تحقیق می‌پردازد، بر روندهای جهانی نظارت و تحقیق می‌کند و حمایت‌های فنی ارائه می‌کند. سازمان جهانی بهداشت بسیاری از موضوعات جهانیِ پیشگیری را مدنظر قرار می‌دهد که می‌توان به مواردی نظیر پیشگیری از خشونت و آزار جنسی، خودکشی و سوءمصرف مواد اشاره کرد.

همکاری کمپبل: چه چیزی مفید است؟ چه چیزی مضر؟ و بر اساس چه شواهدی؟

(http://www.campbellcollaboration.org)

همکاری کمپبل سازمانی بین‌المللی است که دفتر مرکزی آن در اُسلو- پایتخت نروژ- قرار دارد. در میان منابع تولیدشده توسط این سازمان مجموعه رساله‌هایی وجود دارد که در مورد سیاست‌های عمومی مختلف و موضوعات پیشگیرانه و مداخله‌ای مرتبط با آموزش، دادگستری جنایی، توسعه جهانی و رفاه اجتماعی، حوزه‌های مربوط به پژوهش‌های نظام‌مند و مقایسه‌ای که توسط متخصصان ارزیابی می‌شود، اطلاعات ارائه می‌کند.

شبکه‌ی فعالیت‌های نویدبخش در مورد خانواده‌ها و اجتماعات کودکان

(http://www.promisingpractices.net)

این شبکه که توسط شرکت رَند[1] اداره می‌شود، سازمانی تحقیقاتی است که به ارائه‌ی اطلاعات و راه‌حل برای مشکلات اساسی در همه کشورها می‌پردازد. این شبکه در مورد مداخلات و برنامه برای کودکان، منابع و اطلاعات پژوهشی فراهم می‌کند. ارائه‌ی اطلاعات در مورد برنامه‌های الگو و بهترین فعالیت‌ها برای ارائه‌دهندگان خدمات و سیاست‌گذاران نیز توسط این شبکه ارائه می‌شود.

. RAND۱

درباره‌ی مؤلف

جان ال.رومانو با مدرک دکترا، استاد تمام روان‌شناسی تربیتی در برنامه‌ی مشاوره و روان‌شناسی دانش‌آموزان در دانشگاه مینه‌سوتا است. علاوه بر این، او روانشناس معتبری است که دو دوره در هیئت برد دانشگاه مینه‌سوتا خدمت کرده است. دکتر رومانو درجه‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای خود را به ترتیب از کالج لِموین[1] (سیراکیوز، نیویورک) دانشگاه دولتی پنسیلوانیا و دانشگاه دولتی آریزونا دریافت کرده است. او در تأسیس بخش پیشگیریِ انجمن روان‌شناسی آمریکا و جامعه‌ی روان‌شناسی مشاوره نقش مهمی داشته است. وی جایزه‌ی یک‌عمر فعالیت در حوزه‌ی پیشگیری را در سال ۲۰۰۵ دریافت کرده است. دکتر رومانو به علت مشارکت‌های برجسته در روان‌شناسی مشاوره توسط انجمن روان‌شناسی مشاوره (۲۰۱۰) مورد قدردانی قرار گرفت. او عضو بخش ۱۷ انجمن روان‌شناسی آمریکا (جامعه‌ی روان‌شناسی مشاوره) و بخش ۵۲(روان‌شناسی بین‌المللی) است. دکتر رومانو ریاست کارگروهی را به عهده داشت که چارچوب انجمن روان‌شناسی آمریکا برای پیشگیری در روان‌شناسی را ارائه کرد. او ارزیابی‌کننده‌ی اصلی در اعطای چندین کمک‌هزینه‌ی آموزشی کارکنان مدارس در وزارت آموزش ایالات‌متحده بوده است. دکتر رومانو از انجمن مشاوره‌ی آمریکا نیز جوایز مربوط به پژوهش و تحقیق را دریافت کرده است. علاوه بر این، او مقالات متعددی را درزمینه‌ی پیشگیری نوشته است. دکتر رومانو به‌عنوان عضو هیئت نویسندگان در چندین مجله در ایالات‌متحده و کشورهای دیگر خدمت کرده است. او که عضو پیشین سپاه صلح[2] بوده است به آموزش و مشاوره در خارج از کشور نیز پرداخته است. علاوه بر این به‌عنوان معاون بورسیه‌های بین‌المللی در دانشگاه مینه‌سوتا، از طریق تخصص خود، در حوزه روان‌شناسی از جایگاهی بین‌المللی برخوردار است.

---

1. leMoyle
2. Peace corps

REFERENCES

- Abraham, C.& Sheeran, P. (۲۰۰۳). Implications of goal theories of reasoned action and planned behavior. Current Psychology, ۲۲, ۲٦٤-۲۸۰. Doi:۱۰,۱۰۰۷/s۱۲۱٤٤-۰۰۳-۱۰۲۱-۷

- Adams,J.& Scott, J. (۲۰۰۰). Predicting medication adherence in severe mental disorder.Acta Psychiatrica Scandinavica, ۱۰۱,۱۱۹-۱۲٤.doi:۱۰,۱۰۳٤/j.۱٦۰۰-۰٤٤۷,۲۰۰۰,۹۰۰٦۱.x

- Administration on Aging. (n.d).Aging statistic.Retrieved from http:/www.aoa.gov/AoAroot/Aging-statistic/index.aspx

- Agency for Healthcare Research and Quality. (۲۰۰٤). national healthcare disparities report.Retrieved from http:/www.ahrq.gov/nhdr۰۳/nhdrsum۰۳.htm

- Ajzen,I. (۱۹۹۱). The theory of planned behavior.Organizational Behavior and Human Decision Processes,٥۰,۱۷۹-۲۱۱.doi:۱۰,۱۰۱٦/۰۷٤۹-٥۹۷۸(۹۱)۹۰۰۲۰-T

- Ajzen,I.& Fishbein,M. (۱۹۸۰). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.

- Ajzen.I. & Fishbein, M. (۲۰۰٤). Question raised by a reasoned action approach:Comments on Ogden(۲۰۰۳).Health Psychology, ۲۳, ٤۳۱-٤۳٤.doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۲۷۸-٦۱۳۳,۲۳,٤,٤۳۱

- Albarracin, D.Fishbein, M. Johnson, B.T.& Mullerleile,P.A. (۲۰۰۱).Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. Psychological Bulletin,۱۲۷, ۱٤۲-۱٦۱.doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۰۳۳-۲۹۰۹,۱۲۷,۱,۱٤۲

- Albee,G.W. (۱۹٥۹).Mental health manpower trends. New York, NY:Basic Books.

- Albee, G. W. (۱۹۷۰). The uncertain future of clinical psychology.American Psychologist, ۲٥. ۱۰۷۱-۱۰۸۰.doi:۱۰,۱۰۳۷/h۰۰۳۰۳۹۳

- Albee.G. W. (۱۹۸۳). Psychopathology, prevention, and the just society. The Journal of primary prevention, ٤, ٥-٤۰.doi:۱۰,۱۰۰۷/BF۰۱۳٥۹۰۸۳

- Albee.G.W. (۱۹۸٦). Toward a just society: Lessons from observations on the primary prevention of psychopathology. American Psychology.٤۱, ۸۹۱-۸۹۸.doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٤۱,۸,۸۹۱

- Albee.G.W. (۱۹۹٦). Revolutions and counterrevolutions in prevention. American psychology, ٥۱,۱۱۳۰-۱۱۳۳.doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳ -۰٦٦X.٥۱,۱۱,۱۱۳۰

- Albee.G.W. (۲۰۰۰). Commentary on prevention and counseling psychology. The counseling Psychologist,۲۸, ۸٤٥-۸٥۳.doi:۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۰۲۸٦۰۰٦

▪ Albee.G.W. (۲۰۰۵). Call to revolution in the prevention of emotional disorders.Ethical Human Psychology and psychiatry: An International of Critical Inquire, ۷, ۳۷-٤٤.

▪ Albee.G.W.& Canetto,S. S. (۱۹۹٦). A family-focused model of prevention.IN L. Bickman,& D. J. Rog(Series Eds.),& C. A. Hefflinger,& C. T. Nixon (Vol.Eds), Childrens mental heaith series: Vol.۲. Families and the mental health system for children and adolescents: Policy, services, and research(pp. ٤۱-٦۲).Thousand Oaks. CA:Sage

▪ Alexpoulos, G. S. (۲۰۰۵). Depression in the elderly.The Lancet, ۳٦۵, ۱۹٦۱-۱۹۷۰.doi:۱۰/۱۰۱٦/S۱٤۰-٦۷۳٦(۰۵)٦٦٦٦۵-۲

▪ Alexpoulos, G. S.Karz, I. R. Bruce, M.L. Heo, M. Ten Have, T. Raue,P.… PROSPECT Group. (۲۰۰۵). Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT study. The American Journal of Psychiatry, ۱٦۲,۷۱۸-۷۲٤.doi:۱۰,۱۱۷٦/appi.ajp.۱٦۲,٤,۷۱۸

▪ Allicock,M. Kaye, L. Lohnson,L. Carr.C.Alick,C.Gelin, M. & Campbell, M. (۲۰۱۲).The use of motivational interviewing to promote peer-to-peer support for cancer survivors.Clinical Journal of Oncology Nursing, ۱٦, E۱۵٦-E۱٦۳.doi:۱۰,۱۱۸۸/۱۲.CJON.E۱۵٦-E۱٦۳

▪ American psychiatric Association. (۲۰۰۰) Diagnostic and statistical manual of mental disorder (٤th ed. text rev). Arlington, VA: American Psychiatric publishing.

▪ American psychological Association. (۲۰۰۸). APA Task Force calls for reframing research to account for factors that contribute to resilience among African-American youth [press releas]. Retrieved from http://www.apa.org/new/press/۲۰۰۸/۰۸/reframing-research.aspx

▪ American psychological Association. (۲۰۱۰). Ethical principles of psychologists and code of conduct (۲۰۰۲; Amended June ۱,۲۰۱۰).Retrieved from http://www.opa.org/ethics/code/index.aspx

▪ American psychological Association. (۲۰۱٤). Guidelines for prevention in psychology. American Psychologist, ٦۹, ۲۸۵-۲۹٦. doi:۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۳٤۵٦۹

▪ American psychological Association. (n.d).Public Interest Directorate.Retrieved from http;//www.apa.org/pi/

▪ American psychological Association.Task Force on Resilience and Strength in Black Children and Adolescents. (۲۰۰۸). Resilience in Africam American children and adolescents; A vision for optimal development.Washington, DC;Author.Retrieved from http;//www/apa.org/pi/cyf/resilience.html

▪ American With Disabilities Act of ۱۹۹۰,pub.L.NO.۱۰۱-۳۳٦,۱۰٤ Stat.۳۲۸(۱۹۹۰).

▪ American School Counseling Association. (۲۰۰۳). American school counselor association national model;A framework for school counseling programs. Alexandria, VA: Author.

▪ Andresen,M. A. & Boyd,N. (۲۰۱۰).A cost-benefit and cost –effectiveness analysis of Vancouvers supervised injection facility. International Journal on Drug Policy, ۲۱, ۷۰-۷٦.doi:۱۰,۱۰۱٦/j. drugpo. ۲۰۰۹,۰۳,۰۰٤

▪ Arden, M.A. & Armitage, C.J. (۲۰۰۸). Predicting and explaining transtheoretical model Stage transitions in trelation to condom –carrying behavior. British Journal of Health Pschology, ۱۳, ۷۱۹-۷۳٥. doi:۱۰,۱۳٤۸/۱۳٥۹۱۰۷۰۷X۲٤۹٥۸۹

▪ Armitage,C.J. (۲۰۰۹). Is there utility in the transtheoretical model? British Journal of Health Psychology,۱٤/۱۹٥-۲۱۰.doi:۱۰,۱۳٤۸/۱۳٥۹۱۰۷۰۸X۳٦۸۹۹۱

▪ Armitage,C.J.& Arden, M, A. (۲۰۰۸). How useful are the stages of change for targeting interventions? Randomized test of a brief intervention to reduce smoking. Health Psychology,۲۷,۷۸۹-۷۹۸.doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۲۷۸-٦۱۳۳,۲۷,٦,۷۸۹

▪ Armitage,C.J.& Cannor, M. (۲۰۰۱).Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. British Journal of Social Psychology, ٤۰, ٤۷۱-٤۹۹. Doi:۱۰,۱۳٤۸/۰۱٤٤٦٦٦۰۱۱٦٤۹۳۹

▪ Armstrong,M. J. Mottershead, T.A. Ronksley,P.E. Sigal, R.J. Campbell, T.S. & Hemmelgarn, B.R. (۲۰۱۱). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or abese patients: A systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials. Obesity Reviews, ۱۲,۷۰۹-۷۲۳

▪ Aronson,E. Wilson,T. D.& Akert R.M. (۲۰۰۳). Social psychology.Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

▪ August, G.J. Bloomquist, M. L. Lee, S. S. Realmuto, G.M. & Hektner, J.M. (۲۰۰٦). Can evidence-based prevention programs be sustained in community practice settings? The Early Risers advanced –stage effectiveness trial. Prevention Science, ۷, ۱٥۱-۱٦٥.doi: ۱۰/۱۰۰۷/s۱۱۱۲۱-۰۰٥-۰۰۲٤-z

▪ August, G.J. Realmuto, G.M. Hekter,J. M. & Mloomquist,M. L. (۲۰۰۱). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early risers program. J ournal of Consulting and clinical psychology, ٦۹,٦۱٤. Doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۰۲۲-۰۰٦X.٦۹,٤,٦۱٤

▪ August, G.J. Realmuto, G.M.Winters,K.C. & Hektner,J.M. (۲۰۰۱). Prevention of adolescent drug abuse: targeting high-risk children with a multifaceted intervention model: The Early Risers “ Skills for Success “ program. Applied & Preventive psychology, ۱۰, ۱۳٥-۱٥٤.

- Backer, T. F.& Rogers, E. M. (۱۹۹۸). Diffusion of innovations theory and work site AIDS programs. Journal of H ealth Communication, ۳, ۱۷-۲۸. Doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۰۸۱۰۷۳۹۸۱۲۷٤۸۱

- Badr, H. Carmack, C.L. Kashy, D.A. Cristofanilli, M.& Revenson,T.A. (۲۰۱۰). Dyadic coping in metastatic breast cancer. Health Psychology, ۲۹, ۱٦۹-۱۸۰. doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۱۸۱٦٥

- Baer, J. S. Kivlahan, D. R. Mlum, A.W. McKnight, P.& Marlatt, G. A. (۲۰۰۱). Brief intervention for heavy-drinking college sudents: A ٤ year follow up and natural history. American journal of public Health, ۹۱, ۱۳۱۰-۱۳۱٦-۱۳۱٦.doi: ۱۰,۲۱۰٥/AJPH.۹۱,۸,۱۳۱۰

- Baker, S. B. & Gerler, E. R. (۲۰۰٤). School counseling for the twenty-first century (٤ th ed). Upper Saddle River,NJ:Pearson.

- Baker, S. B. & Shaw, M.C. (۱۹۸۷). Improving counseling through prevention. Columbus, OH: Merrill.

- Bandura, A. (۱۹۸٦). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ:P rentice Hall.

- Baptiste, D. Blachman, D. Cappella, E. Dew, Dixon, K. Bell, C. C., … McKay, M. M. (۲۰۰۷). Transferring a university led HIV/AIDS prevention initiative to a community agency. Social Work in mental Health ٥, ۲٦۹-۲۹۳.d۰i: ۱۰,۱۳۰۰/j۲۰۰v۰٥n۰۳_۰۲

- Barnett,E. Sussman, S. Smith, C. Rohrbach,L.A.& Spruijt Metz, D. (۲۰۱۲).Motivational interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. Addictive Behaviors, ۳۷, ۱۳۲٥-۱۳۳٤. Doi: ۱۰. ۱۰۱٦/j.addbeh.۲۰۱۲,۰۷,۰۰۱

- Barwick, M. A. Bennett,L.M.& Johnson, S.N. (۲۰۱۲). Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. Children and Youth Services Review, ۳٤, ۱۷۸٦-۱۷۹٥. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.childyougt.۲۰۱۲,۰٥,۰۱۲

- Beck,A.T. (۱۹۷٦). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY:International Universities Press.

- Beck,A.T. Ward, C.H. Mendelson,M. Mock, J. E. & Erbaugh, J.K. (۱۹٦۱). An inventory for measuring depression. Archives of General psychiatry, ٤, ٥٦۱—٥۷۱. doi: ۱۰,۱۰۰۱/archpsyc.۱۹٦۱,۰۱۷۱۰۱۲۰۰۳۱۰۰٤

- Beers, C. (۱۹۰۸). A mind that found itself. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

- Benson, P. L. (۱۹۹۳). Troubled journey: A portrait of ٦th – ۱۲th grade youth. minneapolis, MN: Search Institute.

▪ Benson, P. L. (۲۰۰٦).All kids are our Kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents (۲nd ed.). Minneapolis, MN: Search Institute.

▪ Berg, R. C. Ross, M. W, &Tikkanen, R. (۲۰۱۱). The effectiveness of M۱٤MSM: How useful is motivational interviewing as an HIV risk prevention program for men who have sex with men? AIDS Education and Prevention, ۲۳, ٥۳۳- ٥٤۹.doi: ۱۰,۱٥۲۱/aeap.۲۰۱۱,۲۳,٦,٥۳۳

▪ Bernate, D. August, G J. Hektner, J.M. & Bloomquist, M. L. (۲۰۰۷) The Early Risers preventive intervention: Six year outcomes and mediational processes. Journal of Abnormal Child Psychology, ۳٥, ٦۰٥-٦۱۷.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۸۰۲-۰۰۷-۹۱۱٦-٥

▪ Bernat, D.H. Oakes,J.M. Pettingell,S.L.& Resnick, M, (۲۰۱۲). Risk and protective factors for youth violence: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. American journal of Preventive Medicine, ٤۳(Supp۱,۱), ٥۷-٦٦.

▪ Blazer, D.G. (۲۰۰۲). Self efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal.Aging & Mental Health, ٦,۳۱٥-۳۲٤.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۳٦۰۷۸٦۰۲۱۰۰۰۰۰٦۹۳۸

▪ Bodenmann, G. (۱۹۹۷). Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. European Review of Applied psychology/ Revue Europeenne de psychologie Applique, ٤۷, ۱۳۷-۱٤۱.

▪ Bodenmann, G. (۲۰۰٥). Dyadic coping and its significance for marital functioning. IN T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.) Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping(pp.۳۳-٤۹).Washington, DC: American psychology Association. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۱۱۰۳۱-۰۰۲

▪ Bond, L. A. & Albee, G. W. (۱۹۹۰).Training preventionists in the ethical implication of their actions. In G. B. Levin, E. J. Trickett, & R. E. Hess(Eds), Ethical implications of primary prevention (pp.۱۱۱-۱۲٦). New York, NY: Hawthorne press. doi: ۱۰,۱۳۰۰/J۲۹۳v۰۸n۰۲_۰۷

▪ Borsari, B. & Carey, K. B. (۲۰۰۰). Effects of a brief motivational interview with college student drinkers. Journal of Consulting and clinical psychology, ٦۸, ۷۲۸-۷۳۳.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۲۲-۰۰٦X.٦۸,٤,۷۲۸

▪ Bosworth, K.Orpinas, P. & Hein,K. (۲۰۰۹). Development of a positive school climate.In M.E. Kenny, A.M. Horne, P. Orpinas & L. E. Reese (Eds), Realizing social justice: the challenge of preventive interventions (pp.۲۲۹-۲٤۸). Washington, DC: American Psychological Association. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۱۱۸۷۰-۰۱۱

▪ Botvin, G.J. (۲۰۰۰). Inaugural editorial. Prevention Science, ۱, ۱-۲. doi: ۱۰,۱۰۲۳/A: ۱۰۱۰۰۹۱۰۳۱۳۲۹

- Botvin, G.J. Baker, E. Dunesbury, L. Botvin, E. M. & Diaz, T, (۱۹۹٥).Long term follow up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle class population. JAMA.۲۷۳, ۱۱۰٦-۱۱۱۲.doi: ۱۰,۱۰۰۱/jama. ۱۹۹٥,۰۳٥۲۰۳۸۰۰٤۲۰۳۳

- Botvin, G.J.Griffin, K. W. &Nichols,T. R. (۲۰۰٦). Preventing youth violence and delinquency through a universal school based prevention approach. Prevention Science, ۷, ٤۰۳.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۱۱۲۱-۰۰٦-۰۰٥۷-y

- Bridle, C. Riemsma, P. Pattenden, J, Sowden, A. J. Mather, L. Watt,I.S.& Walker,A. (۲۰۰٥).Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model.psychology & Health, ۲۰, ۲۸۳-۳۰۱. doi: ۱۰,۱۰۸۰/۰۸۸۷۰٤٤۰٥۱۲۳۳۱۳۳۳۹۹۷

- Brown, R,T. Freeman, W.S. Brown, R.A.Belar,C. Hersch, L. Kornyak, L. M., … Reed, G. (۲۰۰۲). The role of psycology in health care delivery. Professinal Psychology: Research and Practice, ۳۳, ٥۳٦, ٥۳٦-٥٤٥. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۷۳٥-۷۰۲۸,۳۳,٦,٥۳٦

- Bruce,M.L. Ten Have, T. R. Reynolds, C. F., III, Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B.H., … Alexopoulos, G. S. (۲۰۰٤).Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed oider primary care patients: A randomized controlled trial.JAMA, ۲۹۱,۹,۱۰۸۱-۱۰۹۱.Doi: ۱۰,۱۰۰۱/JAMA.۲۹۱, ۱۰۸۱-۱۰۹۱. Doi:۱۰,۱۰۰۱/jama.۲۹۱,۹,۱۰۸۱

- Brunwasser, S.M., Giliham,J.E. & Kim, E. S. (۲۰۰۹).A meta analytic review of the Penns’ Resiliency Programs effect on depressive Symptoms. Journal of Consulting and Clinical psychology, ۷۷, ۱۰٤۲-۱۰٥٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۱۷٦۷۱

- Burns, G.L. Taylor, T.K.& Rusby, J. C. (۲۰۰۱) Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory ۲,۳. Pullman: Washington State University, Department of Psychology.

- Buss, D.M. (۲۰۰۰). The evolution of happiness. American Psychology, ٥٥, ۱٥-۲۳.doi: ۱۰,۱۰۳۷-۰٦٦X.٥٥,۱,۱٥

- Caldwell, R. Classen, C. Lagana, L. McGarvey, E. Baum, L. Duenke, S.D. & Koopman, C. (۲۰۰۳). Changes in sexual functioning and mood among women treated for gynecological cancer who recive group therapy: A pilot study. Journal of clinical psychology in medical settings, ۱۰, ۱٤۹-۱٥٦.doi: ۱۰,۱۰۲۳/A: ۱۰۲٥٤۰۲٦۱۰٤۰٤

- Campbell, M. K. Carr, C. DeVELLIS, B.Switzer, B. Biddle, A.Amamoo, A., …sandler,R. (۲۰۰۹). A randomized trial of tailoring and motivation interviewing to promote fruit and vegetable consumption for cancer prevention and control.Annals of Behavioral Medicine, ۳۸, ۷۱-۸٥. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۲۱٦۰-۰۰۹-۹۱٤۰-٥

- Caplan, G. (۱۹٦٤). Principles of preventive psychiatry.New York, NY: Basic Books.

▪ Calbring, P., Jonsson, J. Josephson, H., & Forsberg, L. (۲۰۱۰), Motivational interviewing versus cognitive- behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A ranomized controlled trial. Cognitive Behavior Therapy, ۳۹,۹۲-۱۰۳.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۶۵۰۶۰۷۰۹۰۳۱۹۰۲۴۵

▪ Caskey,J. D. & Rosenthal,S.L. (۲۰۰۵). Conducting research on sencitive topics with adolescents: Ethical and developmental consideration. Journal of Developmental and Behavioral pediatrics, ۲۶, ۶۱-۶۷.

▪ Catalano, R.F. Kosterman, R. Hawkins, J. D. Newcomb, M.D. ۷ Abbort,R. D. (۱۹۹۶). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. Journal of Drug Issues ۲۶, ٤۲۹-٤۵۵.

▪ Centers for Disease Control and Prevention. (۲۰۱۲). Suicide facts at a glance. Retrieved from:http://www.cdc.gov/violenceprevention.

▪ Ceperich, S.D.& Ingersoll, K. S. (۲۰۱۱). Motivational interviewing and feedback intervention to reduce alcohol exposed pregenancy risk among collage binge drinkers: Determinants and patterns of response.Journal of Behavioral Medicine, ۳٤, ۳۸۱-۳۹۵.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۸۶۵-۰۱۰-۹۳۰۸-۲

▪ Cerezo, A. & McWhirter, B.T. (۲۰۱۲). A brief intervention designed to improve social awareness and skills to improve Latino college student retention. College Student journal, ٤۶, ۸۶۷-۸۷۹.

▪ Champion, V. L. Ray, D.W. Heilman, D. K. & Springston, J. K. (۲۰۰۰). A tailored intervention for mammography among low income African American women. Journal of psychosocial Oncology, ۱۸, ۱-۱۳.doi: ۱۰,۱۳۰۰/J۷۷v۱۸n٤-۰۱

▪ Champion, V. L. & Scott, C.R. (۱۹۹۷). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women.Nursing Research, ٤۶, ۳۳۱-۳۳۷. doi: ۱۰,۱۰۹۷/۰۰۰۰۶۱۹۹-۱۹۹۷۱۱۰۰۰-۰۰۰۰۶

▪ Chapman, L. (۲۰۰۷). Closing thoughts.American Journal of Health Promotion, ۲۱, ۱۲.

▪ Chapman, L.S. (۲۰۰۵). Meta evalution of worksite health promotion economic return studies: ۲۰۰۵ update. American Journal of Health promotion, ۱۹, ۱-۱۱.

▪ Chaput, L.A. Adams, S. H. Simon,J. A. Blumenthal, R. S. Vittinghoff, E. Lin, F., …Matthews, K. A. (۲۰۰۲).Hostility predicts recurrent events among postmenopausal women with coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, ۱۵۶, ۱۰۹۲-۱۰۹۹. doi: ۱۰,۱۰۹۳/aje/kwf۱۵۸

▪ Chiauzzi, E. Green, T.C.Lord, S. Thum, C. & Goldstein,M. (۲۰۰۵). MyStudentbody:A high risk drinking prevention web site for college student. Journal of American College Health, ۵۳, ۲۶۳-۲۷٤.doi: ۱۰,۳۲۰۰/JACH.۵۳,۶,۲۶۳-۲۷٤

- Christensen, H. Pallister, E. Smale, S. Hicki, I. B. & Calear, A. L. (۲۰۱۰).Community based prevention programs for anxiety and depression in youth: A systematic review. The Journal of Primary Prevention, ۳۱, ۱۳۹-۱۷۰.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۹۳٥-۰۱۰-۰۲۱٤-۸

- Civil Rights Act of ۱۹٦٤, Pub. L. No. ۸۸-۳٥۲, ۷۸ Stat. ۲٤۱ (۱۹٦٤).

- Clayton, A. H. McGarvey, E. L.& Clavet, G. J. (۱۹۹٦). Changes in Sexual functioning Questionnaire(CSFQ):Validation Study [abstract]. psychopharmavology Bulletin, ۳۲(۳), ٤۲۳.

- Clifton, D.O. & Nelson, P. (۱۹۹۲). Soar with your strengths.New York,NY:Delacorte Press.

- Coard, S. I. Foy Watson, S. Zimmer, C. &Wallace. A. ۲۰۰۷). Considering culturally relevant parenting practices in intervention development and adaptation: A randomized control trial of the Black parenting Strengths and sttatgies (BPSS) program. The Counseling Psychologist, ۳٥, ۷۹۷-۸۲۰-۸۲۰. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۷۳۰٤٥۹۲

- Coates, T,J. & Szekeres, G. (۲۰۰٤).A plan for the next generation of HIV prevention research: Seven Key policy investigative challenges. American Psychologist, ٥۹, ۷٤۷-۷٥۷.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦x.٥۹,۸,۷٤۷

- Coie,J.D.Watt, N.F. West, S. G. Hawkins, J.D. Asarnow, J. R. Markman, H.J., … Long, B. (۱۹۹۳). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. American Psychologist, ٤۸, ۱۰۱۳-۱۰۲۲. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٤۸,۱۰,۱۰۱۳

- Colby,S.M. Nargiso, J. Tervyaw, T.O. Barnett, N. P. Metrik, J. Lewander, W., … Monti, P. (۲۰۱۲). Enhanced motivational interviewing versus brief advuce for adolescent smoking cessation: Results from a randomized clinical trial. Addictive Behaviors, ۳۷,۸۱۷-۸۲۳.doi: ۱۰,۱۰۱٦/g.addbeh.۲۰۱۲,۰۳,۰۱۱

- Community Mental Health Act of ۱۹٦۳ pub. L.NO. ۸۸-۱٦٤(۱۹٦۳).

- Constantine, M, G. & Sue, D. W. (۲۰۰٦). Factors contributing to optimal human functioning in people of color in the United states. The Counseling Psychologist, ۳٤,۲۲۸-۲٤٤.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰٥۲۸۱۳۱۸

- Conyne, R.k. (۱۹۸٤).Primary prevention through a campus alcohol education project. The personnel and Guidance Journal, ٦۲, ٥۲٤-٥۲۸.doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۲۱٦٤-٤۹۱۸,۱۹۸٤.tb۰۰۰۲٦۸.x

- Conyne, R.K, (۱۹۹۷),Educating students in preventive counselor Education and Supervision, ۳٦, ۲٥۹-۲٦۹. doi: ۱۰,۱۰۰۲/j.۱٥٥٦-٦۹۷۸.tb۰۰۳۹٤.x

- Conyne, R.K, (۲۰۰٤). Preventive counseling (۲nd ed). NEW York, NY: Brunner Routledge.

- Conyne, R.K, (۲۰۱۳). A history of prevention in counseling psychology. In E. M. Vera(Ed), the Oxford handbook of prevention in counseling psychology (pp.۱۸-۳۵).New York, NY: Oxford University Press.

- Conyne, R.K,Newmeyer, M. D. Kenny, M. Romano, J.L. & Matthews. C. R. (۲۰۰۸). Two key strategies for teaching prevention:Specialized course and infusion. the journal of primary prevention, ۲۹, ۳۷۵-۴۰۱.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۹۳۵-۰۰۸-۰۱۴۶-۸

- Costa, P. T. & McCrae,R. R. (۱۹۹۲). Revised NEO personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory professional manoual. Odessa, FL: Psychology Assessment Resources, Inc.

- Cowen, E. L. (۱۹۸۳). Primary prevention in mental health: past, present, and future. In R.D.Felner, L. A. Jason, J.N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds). Preventive psychology: Theory, Research, and practice(pp.۱۱-۲۵). Elmsford, NY: Pergamon.

- Cugelman, B. Thelwall, M. & Dawes, P. (۲۰۱۱).Online intervention for social marketing health behavior change campaigns: A meta analysis of psychological architectures and adherence factors. Journal of Medical Internet Research, ۱۳, e۱۷. doi: ۱۰,۲۱۹۶/jmir۱۳۶۷

- Cunningham, P. J. (۲۰۰۹). Beyond parity: primary care physicians perspective on access to mental health care.Health Affairs, ۲۸, ۴۹۰-۵۰۱۵۰۱. Rettieved from http://content.healthaffairs.org/content/۲۸/۳/۴۹۰.full.html

- Dahir, C, A. (۲۰۰۸). School counseling: Moving toward standards and models. In H. L. K. Coleman & C. Yeh (Eds), Handbook of school counseling (pp.۳۷-۴۷). New York, NY:Routledge

- Dawson, G. Munson, J. Webb, S. J. Nalty, T. Abbort, R. & Toth, K, (۲۰۰۷). Rate of head growth decelerates and symptoms worsen in the second year of life in autism.Biological Psychiatry, ۶۱,۴۵۸-۴۶۴. doi: ۱۰,۱۰۱۶/j.biopsych. ۲۰۰۶,۰۷,۰۱۶

- DeLeon, P. H. Giesting, B. & Kenkel, M. B. (۲۰۰۳). Community health centers: Exciting opportunities for the ۲۱st century.Professional psychology and practice, ۳۴, ۵۷۹-۵۸۵.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۷۳۵-۷۰۲۸,۳۴,۶,۵۷۹

- DeMers, S. T. VanHorne, B. A.& Rodolfa.E.R. (۲۰۰۸). Changes in training and practice of psychologist:Current challenges for licensing boards. Professional psychology:Research and practice, ۳۹, ۴۷۳-۴۷۹.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۷۳۵-۷۰۲۸,۳۹,۵,۴۷۳

- Denham, S.A. & Burton, R. (۱۹۹۶). A social-emotional intervention for at risk ۴-Year olds. Journal of school psychology, ۳۴, ۲۲۵-۲۴۵. doi: ۱۰,۱۰۱۶/۰۰۲۲-۴۴۰۵(۹۶) ۱۳-۱

- De Paoli, M. M.Manongi, R.& Klepp, k, I. (۲۰۰۴). Factors influencing acceptability of voluntary counseling and HIV testing among pregnant women in Northern Tanzania. AIDS Care, ۱۶,۴۱۱-۴۲۵.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۰۹۵۴۰۱۲۰۴۱۰۰۰۱۶۸۳۳۵۸

- Derksen, J. (۲۰۰۹),Primary care psychologist in the Nertherlands: ۳۰ years of Experience. Professional Psychology: Research and Practice, ٤۰, ٤۹۳-٥۰۱.doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۱٥۷٤۳

- Dewey, J. (۱۹۳۸). Experience and education. Toronto, Ontario, Canada: Collier Macmillan Canada Ltd.

- Diabetes Prevention Program Research Group. (۲۰۰۲). The Diabetes Prevention program (DPP): Description of lifestyle intervention. Diabetes Care, ۲٥, ۲۱٦٥-۲۱۷۱. Doi: ۱۰,۲۳۳۷/diacare.۲٥,۱۲,۲۱٦٥

- DiClemente,C. C.& Prochaska, J.O. (۱۹۸٥). Processes and stages of change: Coping and competence in smoking behavior change. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds), Coping and substance abuse (pp.۳۱۹-۳٤۳). San Diago, CA: Academic Press.

- Diener, E. (۲۰۰۰). Subjective well being: the science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist, ٥٥, ۳٤-٤۳. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦x.٥٥,۱,۳٤

- Dignan, M. Sharp, P, Blinson, K. michielurre, R. Konen, J. Bell, R. & Lane, C (۱۹۹٥). Development of a cervical cancer education program for Native American Woman in North Caroluna.Journal of Cancer Education, ۹, ۲۳٥-۲٤۲.

- Donovan, E. Hernandez, J. Chiauzzi, E. DasMahapatra, P. Achilles, T. & Hemm, A. (۲۰۱۲). Results of a pilot study to investigate community college student perception of the value of an onlion health risk reduction program.community College Journal of Research and practice, ۳٦, ۸۲۱۸۲٥-۸۲٥.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۰٦٦۸۹۲٦,۲۰۱۲,٦۹۰۳۱۷

- Dray, J. & Wade, T.D. (۲۰۱۲). Is the transtheoretical model and motivation interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. Clinical Psychology Review, ۳۲, ٥٥۸-٥٦٥. Doi:۱۰,۱۰۱٦/j.cpr.۲۰۱۲,۰٦,۰۰٥

- Dubas, J.S. Lynch, K. B. Galano, J. Geller, S. & Hunt, D. (۱۹۹۸). Preliminary evalution of a resiliency of Drug Education, ۲۸,۲۳٥-۲٥٥-۲٥٥.doi: ۱۰,۲۱۹۰/VBY۰-RlXA-WJ۰٥-NPRX

- Duncan, D.F. (۱۹۹٤). The prevention of primary prevention. ۱۹٦۰-۱۹۹٤:Notes toward a case study.The journal of primary prevention, ۱٥, ۷۳-۷۹. doi: ۱۰,۷۳-۷۹. Doi:۱۰,۱۰۰۷/BF۰۲۱۹٦۳٤۸

- Durlak, J.A. (۱۹۹٥).School based prevention programs for children and adolescents. Thousand Oaks,CA: Sage.

- Durlak, J.A.Weissberg, R.P. Dymnicki, A, B. Taylor, R.D. & Schellinger,K.B. (۲۰۱۱). The impact of enhanced students social and emotional learning: A meta analysis of school based universal intervention. Child Development, ۸۲,٤۰٥-٤۳۲. doi: ۱۰,۱۱۱۱/J.۱٤٦۷-۸٦۲٤,۲۰۱۰,۰۱٥٦٤.x

▪ Durlak, J.A.& Wells, A. M. (۱۹۹۷). Primary prevention mental health programs for children and adolescents.A meta analytic review. American Journal of Community Psychology, ۲۵, ۱۱۵-۱۵۲. doi: ۱۰,۱۰۲۳/A: ۱۰۲٤٦٥٤۰۲٦٦٤٦

▪ Eddy, J, M. Smith, P. Brown.N. H. & Reid,j. B. (۲۰۰۵). A survey of prevention science training: Implications for educating the next generation.prevention Science, ٦,٥۹-۷۱.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۱۱۲۱-۰۰٥-۱۲٥۳-x

▪ Eggert, L. L. Herting, J. R. & Thompson,E. A. (۱۹۹٥).The High School Questionnaire:A Profile of experiences. Seattle: Reconnection A t Risk Youth Prevantion Research Program, University of Washington School of Nursing.

▪ Eggert, L. L. Thompson,E.A. Herting, J.R. & Nicholas, L. J. (۱۹۹٥). Reducing suicide potential among high risk youth: Tests of a school based prevention program. Suicide and Life Threatening Behavior, ۲٥,۲۷٦-۲۹٦.

▪ Embry, D. D. (۲۰۰٤). Community based prevention using simple. Low cost, evidence based kernels and behavior vaccines.Journal of Community Psychology, ۳۲, ٥۷٥-٥۹۱.doi: ۱۰,۱۰۰۲/jcop.۲۰۰۲۰

▪ Englard, I. (۲۰۰۹). Corrective and distributive justice. From Aristotle to modern times. Oxford, England:Oxford University Press.

▪ Espelage, D.L. & Poteat, V. P. (۲۰۱۲).Counseling psycholodists in school. In N. A. Fouad,J. A. Carter, & L.M. Subich (Eds),APA handbook of counseling psychology (VOl.۲,PP.٥٤۱-٥٦٦). Washington, DC: Amerian Psychological Association.

▪ Evers, K. E. Prochaska, J. O. Johnson, J.L. Mauriello,L.M. Padula, J.A. & prochaska, J. M. (۲۰۰٦). A Randomized clinical trial of a population and transtheoretical model based stress management intervention.Health Psychology, ۲٥٥۲۱-٥۲۹.doi:۱۰/۱۰۳۷ /۲۷۸-٦۱۳۳,۲٥,٤,٥۲۱

▪ Fagan, A. A. Hanson, K. Hawkins, J.D. & Arthur,M.W. (۲۰۰۸). Implementing effective community. Youth Violence and Juvenile Justice, ٦,۲٦٥-۲۷۸.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱٥٤۱۲۰٤۰۰۸۳۱٥۹۳۷

▪ Fishbien, M. (Ed). (۱۹٦۷). Readings in attitude theory and measurement. New York, NY: Wiley.

▪ Fishbien, M., & Ajzen, I. (۱۹۷٥).Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.

▪ Fiske, A. & Arbore, P. (۲۰۰۰/۲۰۰۱). Future direction in late life suicide prevention. Omega:Journal of Death and Dying, ٤۲, ۳۷-٥۳.doi: ۱۰,۲۱۹۰۳T٤G-T٥U۲-Q۷۲٤-E۰K۸

▪ Flors, E. Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (۲۰۰٥). Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children.Developmental psychology, ٤۱, ۳۳۸-۳٥۱.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۱۲-۱٦٤۹,٤۱,۲,۳۳۸

- Fandacaro, M.R. & Weinberg,D. (۲۰۰۲). Concepts of social justice in community psychology: Toward a social ecological epistemology.American Journal of community Psychology, ۳۰, ٤۷۳-٤۹۲. doi: ۱۰,۱۰۲۳/A: ۱۰۱۵۸۰۳۸۱۷۱۱۷

- Foubert, J.D. (۲۰۰۰). The longitudinal effects of a rape prevention program onfraternity mens attitudes, behavior intent, and behavior.Journal of American College Health, ٤۸, ۱٥۸-۱٦۳.

- Foubert, J.D,Tatum,J.L. Godin,E. E. (۲۰۱۰).First year male students perceptions of a rape prevention program seven months after their participation: Attitude and behavior changes. Journal of College Student Development, ٥۱, ۷۰۷-۷۱٥.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۸۸٦۲٦۰٥۱۱٤۱٦٤۸۰

- Fraguela, J. A. Martin, AL.& Trinanes, E. A. (۲۰۰۳). Drug abuse prevention in the school: Four year follow up of a programme.Psychology in Spain, ۷,۲۹-۳۸.

- Francis,P.C. (۲۰۰۳).Developing ethical institutional policies and procedures for working with suicidal students on a college campus.Journal of College Counselling, ٦, ۱۱٤-۱۲۳.doi: ۱۰,۱۰۰۲/j.۲۱٦۱-۱۸۸۲,۲۰۰۳.tb۲۳۲.x

- Fritz, M.S. MacKinnon, D.P.Williams, J. Golberg, L. Moe, E.L. & Elliot, D. L. (۲۰۰٥). Analysis of baseline by treatment interactions in a drug prevention and health promotion program for high school male athletes.Addivtive Behavior, ۳۰,۱۰۰۱-۱۰۰٥.doi:۱۰,۱۰۱٦/J.ADDBEH.۲۰۰٤,۰۸,۳۰

- Frohlich,N. (۲۰۰۷). A very short history of distributive justice.Social Justice Research, ۲۰, ۲٥۰-۲٦۲. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۱۲۱۱-۰۰۷-۰۰۳۹-۷

- Galassi, J.& Akos, P, (۲۰۰۷). Strengths based counseling: Promoting student development and achievement, Mahwah,NJ: Erlbaum.

- Galavotti, C. Cabral, R.J. Lansky, A. Grimly,D. M. Riley, G. E. & Prochaska, among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. Health psychology, ۱٤, ٥۷۰-٥۷۸. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۲۷۸-٦۱۳۳,۱٤,٦,٥۷۰

- Gallagher, N. L. (۱۹۹۹). Breeding better Vermonters: The eugenics project in the Green Mountain State.Hanover, NH: University Press of New England.

- Garbarino, J. (۱۹۹٥). Raising children in a socially toxic environment.San Francisco, CA: Jossey Bass.

- Garbarino, J.& Bedard, C. (۲۰۰۱).Parents under siege. New York,NY:Free press.

- Garber, J.Clarke, G. N. Weersing, V.R. Beardslee, W. R. Brent, D.A. Gladstone, T.R.G.… Iyengar, s. (۲۰۰۹). Prevention of depression in at risk adolescent: A randomized controlled trail. JAMA, ۳۰۱, ۲۲۱٥-۲۲۲٤.doi: ۱۰,۱۰۰۱/jama.۲۰۰۹,۷۸۸

▪ Garcia Shelton, L. (۲۰۰٦). Meeting U.S. health care needs:A challenge to psychology. Professional psychology: Research and Practice. ۳۷,-٦۸ ٦۷٦-٦۸۲.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۷۳٥-۷۰۲۸,۳۷,٦,٦۷٦

▪ Garrett Lee Smith Memorial Act of ۲۰۰٤, Pub. L.NO. ۱۰۸-۳٥٥,۱۱۸ Stat۱۰٤. (۲۰۰٤).

▪ Gensheimer, L.K. Ayers, T.S. & Roosa, M. W. (۱۹۹۳). School based prevention intervention for at risk populations. Evaluation and Program Planning, ۱٦,۱٥۹-۱٦۷.doi: ۱۰,۱۰۱٦/۰۱٤۹-۷۱۸۹(۹۳) ۹۰۰۲۸-۷

▪ Gitterman, A.& Germain, C.B. (۲۰۰۸). The life model of social work practice. New York, NY: Columbia University Press.

▪ Glider, P. Midytee, S.J. Mills Novoa, B. Johannessen, K. & Collins, C. (۲۰۰۱). Challenging the collegiate rite of passage: A campus wide social marketing media campaign to reduce bing drinking. Journal of Drug Education, ۳۱, ۲۰۷-۲۲۰. Doi: ۱۰,۲۱۹۰/U٤٦٦-EPFG-Q۷٦D-YHTQ

▪ Goetzel, R.Z. & Ozminkowski, R. J. (۲۰۰۸).The health and benefits of work site health promotion programs. Annual Review of Public Health, ۲۹, ۳۰۳-۳۲۳. doi:۱۰,۱۱٤٦/ annurev.publhealth,۲۹,۰۲۰۹۰۷,۰۹۰۹۳۰

▪ Goetzel, R.Z. Reynolds, K. Breslow, L. Roper, W. L. Shechter, D. Stapleton, D.C., … McGinnis, J.M. (۲۰۰۷). Health promotion in later life: It’s never too late American Journal of Health Promotion, ۲۱, ۱-٥

▪ Goldberg, L. MacKinnon, D. P. Elliot, D.L. Moe, E.L. Clarke, G. & Cheong, J. W. (۲۰۰۰). The adolescent training and learning to avoid steroids program. Archivs of Pediatrics & Adolescent Medicine, ۱٥٤, ۳۳۲-۳۳۸.doi: ۱۰,۱۰۰۱/archpedi. ۱٥٤,٤,۳۳۲

▪ Googheart, C.D. (۲۰۱۱). Psychology practice: Design for tommarrow. American Psychologist, ٦٦,۳۳۹-۳٤۷. doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۲٤۲۲۲

▪ Goodman, L.A. Liang, B. Helms, J.E. Latta, R.E. Sparks, E. & Weintraub, S.R. (۲۰۰٤). Training counseling psychologists as social justice agents: Feminist and multicultural principle in action. The Counseling Psychology, ۳۲, ۷۹۳-۸۳٦.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰٤۲٦۸۸۰۲

▪ Gordon, R. (۱۹۸۷). An operational definition of disease prevention. In J. A.Sternberg & M.M. Silverman (Eds),preventing mental disorder (pp.۲۰-۲٦).Rockvill, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

▪ Greenberg, M. T. Weissberg, R. P. O Brien, M. U. Zins, J. E. Fredericks, L. Renik, H. & Elias, M. J. (۲۰۰۳). Enhancing school based prevention and yourt development through coordinated social, emotional, and academic learning.American psychologists, ٥۸, ٤٦٦-٤۷٤. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٥۸,٦-۷,٤٦٦

- Griffin, K, W. Botvin, G. J. & Nichols, T.R. (۲۰۰٦).Effects of a school based drug abuse prevention program for adolescents om HIV risk behavior in young adoulthood prevention Science, ۷, ۱۰۳-۱۱۲. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۱۱۲۱-۰۰٦-۰۰۲٥-٦

- Griffin, K, W. Botvin, G. J. & Nichols, T.R. & Doyle,M. M. (۲۰۰۳). Effectiveness of substance use initiation. Prevention Medicine, ۳٦, ۱-۷.doi: ۱۰,۱۰۰٦/pmed/pmed.۲۰۰۲.۱۱۳۳

- Hass, A. Koestner, B. Rosenberg, J. Moore,D. Garlow,S.J. Sedway,J., … Nemeroff, C.B. (۲۰۰۸). An interaction web based method of outreach to college students at risk rot suicide. Journal of American College Health, ٥۷, ۱٥-۲۲. doi: ۱۰,۳۲۰۰/JACH.٥۷,۱,۱٥-۲۲

- Hack, M. Flannery, D.J. Schluchter,M. Cartar, L. Borawski, E. & Klein, N. (۲۰۰۲). Outcomes of young adolescent for very low birth weight infants. The New England journal of Medicine, ۳٤٦, ۱٤۹-۱٥۷. doi: ۱۰,۱۰٥٦/NEJMoa۰۱۰۸۸٥٦

- Hage, S. M. Barnett,S. & Schwartz,J.P. (۲۰۰۸). Youth development and prevention in the schools.In H.L.K. Coleman & C. yeh(Eds), Handbook of school counseling (pp. ۳۸۱-۳۹٦). New York. NY: Taylor & Francis.

- Hage, S. M. & Kenny, M. (۲۰۰۹). Promoting a social justice approach to prevention:Future directions for training, practice, and research.The journal of primary prevention, ۳۰, ۷٥-۸۷.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۹۳٥-۰۰۸-۰۱٦٥-٥

- Hage, S. M. Romano,J.l. Conyne, R. K. Kenny,M. Matthews, C. Schwartz,J.P. & Waldo, M. (۲۰۰۷). Best practice guidelines on prevention practice, research, training, and social advocacy for psychologists. The Counseling psychologist, ۳٥, ٤۹۳-٥٦٦.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰٦۲۹۱٤۱۱

- Haines, D. J. Davis, L. Rancour,P, Robinson, M. Neel Wilson. T. & Wagner, s. (۲۰۰۷). A pilot intervention to promote Walking and wellness and to improve the health of college faculty and staff. journal of American College Health. ٥٥,۲۱۹-۲۲٥. Doi: ۱۰,۳۲/JACH.٥٥,٤,۲۱۹-۲۲٥

- Hall, J. E. Simon, T. R. Mercy, J, K. Loeber, R. Farrington, D. P. & Lee, R. D. (۲۰۱۲).Centers for disease Control and preventions Expert panel on prevention Factors for youth Violence Perpetration: Background and overview American Journal of Prevention Medicine, ٤۳ (Suppl. ۱), ۱-۷.doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.amepre. ۲۰۱۲,۰٤,۰۲٦

- Hamming, B, J. & Moranetz, C. A. (۲۰۰۰). Violent victimaization; Perceptions and preventive behavior among young adults. American lournal of Health Behavior, ۲٤, ۱٤۳-۱٥۰

- Hane, A. (۲۰۱۳). Prevention programs in community mental health organizations (Unpublished masters Personal thesis). Department of educational psychology, Counseling and Student personnel psychology program, University of Minnesota, Minneapolis.

▪ Harris Abadi, M. H. Shamblen, S. R. Thompson, K. Collins, D. A. & Johnson,K. (۲۰۱۱). Influence of risk and protective factors on substance use outcomes across developmental periods: A comparison of youth and adults. Substance use & Misuse, ٤٦, ١٦٠٤-١٦١٢.doi: ١٠,٣١٠٩/١٠٨٢٦٠٨٤,٢٠١١,٥٩٨٥٩٨

▪ Harris, A.H. S. Thoresen, C.E.٧ lopez, S.J. (٢٠٠٧).Integrating positive psychology into counseling:Why and (when appropriate) how. Journal of Counseling & Development.٨٥, ٣-١٣-١٣.dio: ١٠,١٠٠٢/j.١٥٥٦-٦٦٧٨,٢٠٠٧.tb٤٣٨.x

▪ Harris, R. Good, R. S. & Pollack,L. (١٩٨٢). Sexual behavior of oncologic cancer patients. Archives of Sexual Behavior, ١١, ٥٠٣-٥١٠.doi: ١٠,١٠٠٧/BF٠١٥٤٢٤٧٥

▪ Harrison, J. A. Mullen, P.D. & Green, L.W. (١٩٩٢). A meta analysis of studies of the health belief model with adults. Health Education Research, ٧, ١٠٧-١١٦.doi: ١٠,١٠٩٣/her/٧,١,١٠٧

▪ Hausmann, L,R.M. Schofield.J. W. Woods,R.L. (٢٠٠٧). Sense of belonging as a predictor of intentions to persist among African American and White first year college students. Research in Higher Education, ٤٨, ٨٠٣-٨٣٩.doi: ١٠,١٠٠٧/s١١١٦٢-٠٠٧-٩٠٥٢-٩

▪ Hawkins, J, D. & Catalano, R, F. (١٩٩٢),Communities that care:Action for drug abuse prevention,San Francicco.CA: Jossey Bass.

▪ Hawkins, J, D. Ctalano, R. F.& Miller,J.Y. (١٩٩٢) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early aduithood: Implication for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, ١١٢, ٦٤-١٠٥.doi: ١٠,١٠٣٧/٠٠٣٣,٢٩٠٩,١١٢,١,٦٤

▪ Hemingway, H. & Marmot,M. (١٩٩٩).Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of Coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. BMJ, ٣١٨,١٤٦٠-١٤٦٧. doi: ١٠,١١٣٦/bmj.٣١٨,٧١٩٦,١٤٦٠

▪ Henry, D.B. Tolan, P.H. Gorman Smith, D. & Schoeny, M. E. (٢٠١٢).Risk and direct protective factors for youth violence:Results from the Centers for Disease Control and preventions multisite violence prevention project.American journal of preventive Medicine, ٤٣ (suppl. ١), ٦٧-٧٥. doi: ١٠,١٠١٦/j,ampere.٢٠١٢,٠٤,٠٢٥

▪ Happner, P. P. Casas,J.M. Carter, J. & Stone, G. L (٢٠٠٠). The maturation of counseling psychology: Multifaceted perspectives.١٩٧٨-١٩٩٨. In S.D. Brown &,W. Lent(Eds), Handbook of counseling (٣rd ed., pp. ٣-٤٩). New York, NY: Wiley

▪ Happner, P. P. Neal, G.W. & Larson, L. (١٩٨٤). Problem solving training as prevention with college student. The personnel and Guidance journal, ٦٢, ٥١٤-٥١٩. doi: ١٠,١١١/j.٢١٦٤-٤٩١٨,١٩٨٤.tb٠٠٢٦٦.x

- Hermann, M. A. & Finn, A. (۲۰۰۲). An ethical and legal perspective on the role of school counselors in prevention violence in school. Professional School counseling.٦, ٤٦-٥٤.

- Herzog, T. A. (۲۰۰۸).Analyzing the transtheoretical model using the framework of Weinstein, Rothman, and Sutton (۱۹۹۸): The example of smoking cessation. Health psychology, ۲۷, ٥٤٨-٥٥٦.

- Hochbaum, G. M. (۱۹٥۸). Public participation in medical screening program.A socio psychosocial study(PHS Publication No. ٥۷۲). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.

- Holden, E. W. & Black, M. M. (۱۹۹۹). Theory and concepts of prevention as applied to clinical psychology. Clinical Psychology Review, ۱۹, ۳۹۱-٤۰۱.doi: ۱۰,۱۰۱٦/ S۰۲۷۲-۷۳٥۸(۹۸)۰۰۰۹۰-۷

- Holmes, C. L. (۲۰۰۹). An intergenerational program with benefits. Early Childhood Education journal, ۳۷, ۱۱۳-۱۱۹. doi: ۱۰,۱۰۰۷/ s۱۰٦٤۳-۰۰۹-۳۲۹-۹

- Honeycutt, A.A. Clayton, L, L. Khavjou, O. Finkelstein, E. A. Prabhu, M. Blistein, J. L.… & Renaud, J. M. (۲۰۰٦). Guide to analyzing the cost effectiveness of community public health prevention approach (RTI Project No. ۰۲۰۸۸۲۷,۰۰۱). Research Triangle Park, NC: RTI International.

- Hopko, D. R. Bell, J, L. Armento, M. Robertson, S. Mullane, C. Wolf, N. & Lwjuez, C.W. (۲۰۰۸). Cognitive behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. Behavior Therapy, ۳۹, ۱۲٦-۱۳٦. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j. beth.۲۰۰۷,۰٥,۰۰۷

- Horowitz,M. Wilner, N. & Alvarez, W. (۱۹۷۹).Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, ٤۱, ۲۰۹-۲۱۸.

- Hotz, V. J. & Scholz, J.K. (۲۰۰۱). The earned income tax credict. (NBER Working paper No. ۸۰۷). Cambridge, MA: National Bureau of economic search. Retrieved from http:// www. Nber.org/ papers/w۸۰۷۸

- Humphries, M. L. & Keenan, K. E. (۲۰۰٦). Theoretical, developmental, and culture orientation of school based prevention programs for pre schoolers. Clinical child and family psychology Review, ۹, ۱۳٥-۱٤۸. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰٥٦۷-۰۰٦-۰۰۰٥-۱

- Hunsley, J. Best, M. Lefebvre, M. & Vito, D. (۲۰۰۱). The seven time short from the dyadic adjustment scales:Further evidence for the construct validity. the American journal of family therapy, ۲۹, ۳۲٥-۳۳٥.

- Individuals With Disabilities Act of ۲۰۰٤, Pub. L. NO. ۱۰۸-۱٤٦. ۱۱۸ Stat. ۲٦٤۷ (۲۰۰٤).

▪ Ivey, A. E. Ivey, M. B. & Zalaquett, C. P. (۲۰۰۹).International interviewing and counseling: facilitating client developmental in a multicultural society (۷ th ed). Belmont, CA: Books/ Cole.

▪ James, A. S. Campbell, M. K. & Hudson, M, A (۲۰۰۲). Perceived barriers and benefits to colon cancer screening behavior? Cancer Epidemiology, Biomarkers prevention, ۱۱, ۵۲۹-۵۳٤.

▪ James, S. Montgomery, S. B. Leslie, L. K. & Zhang, J. (۲۰۰۹).Sexual risk behaviors among youth in the child welfare system. Children and Youth Services review, ۳۱, ۹۹۰-۱۰۰۰. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.childyouth.۲۰۰۹,۰٤,۰۱٤

▪ Janz, N. K. & Becker,M. H. (۱۹۸٤). The health belief model: A dacade later, health education Quarterly, ۱۱, ۱-٤۷. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱۰۹۰۱۹۸۱۸٤۰۱۱۰۰۱۰۱

▪ Janz, N, K. Champion, V. L. & Strecher, V. J. (۲۰۰۲). The health belief models. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M.Lewis (Eds), health behavior and health education: Theory, research, and practice(pp. ٤۵-٦٦), San Francisco, CA: Jossey Bass.

▪ Janz, N. K. Wren, P. A, Schottenfeld, D. & Guire, K, E. (۲۰۰۳). Colorectal cancer screening attitudes and behavior: A population based prevention Medicine. ۳۷, ٦۲۷-٦۳٤. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.ypmed.۲۰۰۳,۰۹,۰۱٦

▪ Jason, L. A. (۲۰۱۲), Small wins matter in advocacy movement: Giving voice patients. American journal of community psychology, ٤۹, ۳۰۷-۳۱٦.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰٤٦٤-۰۱۱-۹٤۵۷-۷

▪ Jensen, C. D. Cushing, C. Aylward, B. S. Craig, J. T. Sorell, D. & Steele, R. G. (۲۰۱۱). Effectivness of motivational interviewing sor adolescent substance use behavior change: A meta analytic review. Journal of Counseling and Clinical Psychology, ۷۹,٤۳۳-٤٤۰.doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۲۳۹۹۲

▪ Jessor, R. Van Den Bos, J, Vanderryn, J. Costa, F. M. & Turbin, M. S. (۱۹۹۵). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change, Developmental psychology, ۳۱, ۹۲۳-۹۳۳. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۱۲,۱٦٤۹,۳۱,٦,۹۲۳

▪ Johannessen, K. Gilder, P. Collins, C. Hueston, H. & DeJong, W. (۲۰۰۱). Preventing alcohol related problems at the University of Arizonas homecoming. An environmental management case study. The American Journal of Drug and Alcohol abuse, ۲۷, ۷۸۷-۵۹۷.doi: ۱۰,۱۰۸۱/ADA-۱۰۰۱۰٤۵۲۰

▪ Johnson, P. Nichols, C.N. Buboltz, C. & Riedesel, B. (۲۰۰۲),Assessing a holistic trait and factor approach to career development of college student,Journal of College Counseling, ۵. ٤-۱٤.doi: ۱۰,۱۰۰۲/j.۲۱٦۱-۱۸۸۲,۲۰۰۲.tb۲۰۲x

▪ Johnson, S. B. & Millstein, S. G. (۲۰۰۳).Prevention opportunities in health care settings. American Psychologist, ۵۸, ٤۷۵-٤۸۱.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.۵۸,٦-۷-۷,٤۷۵

- Julian, D. A. Ross, M. & Parttidge, C. (۲۰۰۸). Challenges in supporting community implementation of science based programs: A critical review of local partner ships for success plans. American Journal of Community Psychology, ٤١. ٣٥١-٣٦٠. doi: ١٠,١٠٠٧s١٠٤٦٤-٠٠٨-٩١٦٦-z

- Juniper, K. C. Oman, R. F. Hammm, R. M. & Kerby, D. S. (٢٠٠٤). The relationships among constructs in the health in the belief and the transtheoretical model among African American college women for physical activity. American Journal of Health Promotion, ١٨, ٣٥٤-٣٥٧. doi: ١٠,٤٢٧٨/٠٨٩٠-١١٧١-١٨...٣٥٤

- Jurkovic, G. J. Kuperminc, G. Perilla, J. Murphy, A. Ibanez G. & Casey, S. (٢٠٠٤), Ecological and ethical perspective on filial responsibility:implication for primary prevention with immigrant Latino adolescents. The Journal of Primary Prevention, ٢٥, ٨١-١٠٤.doi: ١٠,١٠٢٣/B:JOPP.٠٠٠٠٠٠٣٩٩٤٠,٩٩٤٦٣.eb

- Kanekar, A. & Sharma, M. (٢٠١٠). Interventions for safer sex behavior among college students, American Journal of Health Studies, ٢٥, ١٣٨-١٤٨.

- Kangas, M. Bovbjerg, D. H. & Montgomery, G. H. (٢٠٠٨).Cancer related fatigue: A systematic and meta analytic review of nonpharmacological therapies for cancer patients. Psychological Bulletin, ١٣٤, ٧٠٠-٧٤١. doi: ١٠,١٠٣٧/a٠٠١٢٨٢٥

- Kaponda, C. P. N. Dancy, B. L., Norr, K. F. Kachingwe, S. I., Mbeba, M. M., & Jere, and effective adolescent HIV prevention, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, ١٨, ٧٢-٧٧. doi: ١٠,١٠١٦/j.jana.٢٠٠٧,٠١,٠٠١

- Kenny, M. E. & Hage, S. M. (٢٠٠٩). The next frontier: prevention an instrument of social justice. the journal of primary prevention, ٣٠, ١-١٠

- Kenny, M. E. Horne, A. M. Orpinas, P. & Reese, L. E. (Eds). (١٠٠٩a). Realizing social justice: the challenge of preventive intervention. Washington. DC: American psychological Association, doi: ١٠,١٠٣٧/١١٨٧٠-٠٠٠

- Kenny, M. E. Horne, A. M. Orpinas, P. & Reese, L. E. (٢٠٠٩b). Social justice and the challenge of preventive interventions: An introduction. In M. E. Kenny, lenge of preventive interventions (pp. ٣-١٤), Washingtone, DC, American psychological association. doi: ١٠,١٠٣٧/١١٨٧٠-٠٠٠

- Kenny, M. E. & Medvide, M, B. (٢٠١٣).Prevention in pursuit of social justice. in E, M. Vera (Ed). The Oxford handbook of prevention in counseling psychology (pp. ١٢٥-١٤٠). New York. NY: Oxford University press.

- Kenny, M. E. & Romano, J. L. (٢٠٠٩). Promoting positive development and social justice: through prevention: A legacy for the future. In M. E. Kenny A. M. Horne, P.Orpinas, & Reese, L. E. (Eds). Realizing social justice: the challenge of preventive interventions (pp.١٧-٣٥). Washingtone, DS: American psychological association.

- Kenny, M. E. Sparks, E. ٧ Jackson, J. (٢٠٠٧). Striving for social justice through inter professional university school collaboration. In E. Alarondo (Ed), Advancing social justice through clinical practice pp. ٣١٣-٣٣٥_. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Kessler, R. C. Demler, O. Frank, R.G. M.D. Pincus, H. A. Walters, E. E. & Zaslavsky, A.M. (٢٠٠٥).Prevalence and treatment of mental disorders, ١٩٩٠-٢٠٠٣. The New England journal of Medicine, ٣٥٢,-٢٥١٥-٢٥٢٣.doi: ١٠,١٠٥٦/NEJMsa٤٣٢٦٦

- Kiselica, M. S. (٢٠٠٤),When duty calls: the implication of social justice work for policy, education,and practice in the mental health professions. The Counseling psychology, ٣٢, ٨٣٨-٨٥٤. doi: ١٠,١١٧٧/٠٠١١٠٠٠٠٠٤٢٦٩٢٧٢

- Klein, J. (٢٠١١, July. ٧). Time to ax public programs that don’t yield results. Time Magazine, Retrieved from http:// content.time.com/time/nation/article/٠٨٥٩٩,٢٠٨١٧٧٨,٠٠.html

- Kleist, D. M. & White, L. J. (١٩٩٧). The values of counseling: A disparity training. Counseling and Values, ٤١, ١٢٨-١٤٠.doi: ١٠,١٠٠٢/j.٢١٦١-٠٠٧X.١٩٩٧.tb٠٠٣٩٥.x

- Kloblen, A. S, (١٩٩٩). Folate knowledge, intake from fortified grain products, and periconceptional suplemenetation patterns of a sample of low income pregnant woman according to the health belief model, journal of the American Dietetic Association, ٩٩, ٣٣-٣٨.doi: ١٠,١٠١٦/S٠٠٠٢-٨٢٢٣(٩٩) ١١-٥

- Komro, K. A. Kelder, S.H. Perry, C. L. & Kleep, K. I. (١٩٩٣). Effects of a saliva pipeline procedure on adolescent self reported smoking behavior and youth smoking prevention outcomes. Preventive Medicine, ٢٢, ٨٥٧-٨٦٥.

- Komro, K. A. Perry, C. L. Veblen Mortenson, S. Bosma, L. M. Dudovitz, B. S,Williams, C.L.… Toomey, T.L. (٢٠٠٤). the adaptation of Project Northland or urban youth, Journal of Pediatric Psychology, ١٩,٤٥٧-٤٦٦. doi: ١٠,١٠٩٣/jpepsy/jsh٠٤٩

- Komro, K. A. Perry, C,L, Williams, C.L. Stigler, M, H. Farbakhsh, K, & Veblen Mortenson, S. (٢٠٠١). How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variable. Health Education research, ١٦, ٥٩-٧٠. doi: ١٠,١٠٩٣/her/١٦,١,٥٩

- koniak -Griffin, D. Lesser, J. Nyamathi, A. Uman, G. Stein, J. A. & Cumberland, W. G. (٢٠٠٣).Project CHARM: An HIV prevention program for adolescent mothers. Family & community health, ۲۶, ۹۶-١٠٧. doi: ١٠,١٠٩٧/٠٠٠٠٣٧٢٧-٢٠٠٣٠٤٠٠٠-٠٠٠٠٣

- Konnert, C. Gatz, M. & Hertzsprung Meyen, E.A. (١٩٩٩). Prevention interventions for older adults. in M. Duffy (Ed), Handbook of counseling and psychotherapy with older adults(pp.٣١٤-٣٣٤). New York. NY: Wiley.

- Koocher, G,P. (٢٠٠٥).Following the money:Economic inhibition of change affecting graduate education in clinical psychology. Journal of clinical psychology, ٦١,١١٧١-١١٧٤.doi: ١٠,١٠٠٢/jclp.٢٠١٥٩

- Kraaij, V. Arensman, E. & Spinhoven,P. (۲۰۰۲). Negative life events and depression in elderly persons: A meta analysis,Journal of Geronotology: Series B. Psychological Sciences and Social Sciences. ۵۷,۸۷-۹۴.doi: ۱۰,۱۰۹۳/geronb/۵۷,۱.P۸۷

- Kraemer, K.L (۲۰۰۷) The cost effectiveness and codt benefit of screening and brief intervention for unhealthy alcohol use medical setting. Substance Abuse, ۲۸,٦۷-۷۷.doi: ۱۰,۱۳۰۰/j٤٦۵v۲۸n۰۳_۰۷

- Kuper, H. Marmote, M. & Hemingway, H. (۲۰۰۲). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. Seminars in Vascular Medicine, ۲, ۲٦۷-۳۱٤.doi: ۱۰,۱۰۵۵/s-۲۰۰۲-۳۵٤۰۱

- LaBrie,J. W. Lamb, T. F. Pederson, E. R. & Quinlan, T, (۲۰۰٦). A group motivational interviewing reduces drinking and alcohol related consequences in adjudicated college student. Journal of College Student Development, ٤۷, ۲٦۷-۲۸۰,doi: ۱۰,۱۳۵۳/csd.۲۰۰٦,۰۰۳۱.

- LaBrie,J. W. Pederson, E. Lamb,T. & Quinlan, T. (۲۰۰۷). A campus based motivational enhancement group intervention reduces problematic drinking in freshman male college students. Addictive Behavior, ۳۲, ۸۸۹-۹۰۱۹۰۱.doi: ۱۰,۱۰۱٦/ j.addbeh.۲۰۰۷,۰۵,۰۱٤

- LaFromboise, T. (۲۰۰٦). American Indian youth suicide prevention. Prevention Researcher, ۱۳, ۱٦-۱۸.

- LaFromboise, T. & Howard pitney, B, (۱۹۹۵). The Zuni Life Skills Development curriculum: Description and evoluation of a suicide prevention program. Journal of Counseling Psychology, ٤۲, ٤۷۹-٤۸٦.

- LaFromboise, T. & Lewis, H. A. (۲۰۰۸) The Zuni Life Skills Development program: A school/ community- based suicide prevention intervention. Suicide and Life Threatening Behavior, ۳۸, ۳٤۳-۳۵۳.doi: ۱۰,۱۵۲۱/suli.۲۰۰۸,۳۸,۳,۳٤۳

- LaFromboise, T.D. Medoff, L. Lee, C.C. &. Harris, A. (۲۰۰۷). Psychsocial and culture correlates of suicidal ideation among American indian early adalescents on a Northern plain reservation,research in human development, ٤, ۱۱۹-۱٤۳.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۵٤۲۷٦۰۰۷۰۱٤۸۱۰۲۰

- Lantz, P. M. Jacobson, P.D. Warner, K.E. Wasserman, J. POLLACK, H. A. Berson, j. & Ahlstrom, A. (۲۰۰۰). Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. Tobacco Control, ۹, ٤۷-٦۳. doi:۱۰,۱۱۳٦/tc.۹,۱,٤۷

- Last, J. M. & Wallace, R,B. (Eds.), (۱۹۹۲). Maxcy –Rosenau- Last public health and preventive medicine (۱۳th ed). Northland, CT: Appleton and lange.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (۱۹۸٤). Stress appraisal and coping. New York.NY: Springer

- LBJ Presidential Library. (۲۰۱۲). The ۱۹٦٥ medicare Amendment to the Social Security Act. Retrieved from http:// www. Ibjlibrary. org/press/ the-۱۹٦٥- medicare-amendment- to- the- social- security- act

- Lead Contamination Control Act of ۱۹۸۸. Pub. L. No. ۱۰۰-٥۷۲,۱۰۲ Stat. ۲۸۸٤ (۱۹۸۸).

- Lee, E.O. (۲۰۰۷). Mind body spirit practice and perceived self efficacy for mental health promotion: An exploratory study. International journal of mental health promotion, ۹, ۳٥-٤۷.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱٤٦۲۳۷۳۰,۲۰۰۷,۹۷۲۱۸٤۱

- Lee,R. M. (۲۰۰٥). Resilience against discrimination: ethnic identity and other group orientation as perotective factors for Korean American.journal of counseling psychology, ٥۲, ۳٦-٤٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۲۲-۰۱٦۷,٥۲,۱,۳٦

- Lee, V.E. & Loeb, S. (۱۹۹٥). Where do Head Start attendees end up? One reason why preschool effects fade out. Educational Evaluation and policy analysis. ۱۷,٦۲-۸۲.

- Levant. R. F. Tolan, P, & Dodgen, D. (۲۰۰۲). New direction in childrens mental health: psychologys role. Professional Psychology: Research and Practice. ۳۳, ۱۱٥-۱۲٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۷۳٥,۷۰۲۸,۳۳,۲,۱۱٥

- Lewis,M. & Lweis,J. (۱۹۸۱). Education counselor for primary prevention. counselor education and supervision, ۲۰,۱۷۲-۱۸۱.doi: ۱۰,۱۰۰۲/j.۱٥٥٦-٦۹۷۸,۱۹۸۱.tb۰۱٦٤٥.x

- Li, C. Unger, J.B. Schuster, D. Rohrbach, L. A. Howard pitney, B. & Norman, G, (۲۰۰۳). Youths exposer to environmental tabacoo smoke (ETS): Association with health beliefs and social pressure. Addictive behavior, ۲۸, ۳۹-٥۳.doi: ۱۰,۱۰۱٦/s۰۳۰٦-٤٦۰۳(۰۱) ۰۰۲۱٥-٥

- Long, B, B. (۱۹۸۹). The Mental Health Association and prevention: A history. Prevention in human Services, ٦, ٥-٤٤.

- Lonsway, K. A. (۱۹۹٦). Preaventing acquaintance rape through education:what do we know? Psychology of woman Quarterly, ۲۰,۲۲۹-۲٦٥.doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۱٤۷۱-٦٤۰۲,۱۹۹٦.tb۰۰٤٦۹.x

- Lopez, S.J. Hodges, T.D. & Harter, J.K. (۲۰۰٥). Clifton strengths finder technical report: development and validation.omaha, NJ:Gallup Organization.

- Lopez, S.J. Magyar.Moe, L.L. Petersen, S.E. TRyder, J.A. Krieshok, T,S, O Byrne, K. K. … Fry, N. A. (۲۰۰٦). Counseling psychologist focus on positive aspects of human functioning. the Counseling Psychologist, ۳٤, ۲۰٥-۲۲۷.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰٥۲۸۳۳۹۳

▪ Lopez, S.J. & Synder, C.R. (Eds.), (۲۰۰۹).Oxford handbook of positive psychology(۲nd ed). New York, NY: Oxford university press. doi: ۱۰,۱۰۹۳/oxfordhb/۹۷۸۰۱۹۵۱۸۷۲۴۳,۰۰۱,۰۰۰۱

▪ Losel, F. & Farrington, D. P. (۲۰۱۲). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. American journal of preventive medicine, ۴۳ (Suppl. ۱), ۸-۲۳.doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.amepre. ۲۰۱۲,۰٤,۰۲۹

▪ Lothen-Kline, C. Howard, D. E. Hamburger, E. K. Worrell, K.D. & Boekeloo, B.O. (۲۰۰۳) Truth and consequences: ethics, confidentiality, and disclosure in adolescent longitudinal prevention research. lournal of adolescent health. ۳۳,۳۸٥-۳۹٤.doi: ۱۰,۱۰۱٦/S۱۰٥٤-۱۳۹X(۰۳) ۰۰۱۸٤-۸

▪ Lundahl, b. & Burke, B. L. (۲۰۰۹). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice- friendly review of four meta analysis. Journal of Clinical Psychology, ٦٥,۱۲۳۲-۱۲٤٥. doi: ۱۰,۱۰۰۲/jclp.۲۰٦۳۸

▪ Luthar, S. S. Cicchetti, D. & Becker, B. (۲۰۰۰). The construct of resilience:a critical evaluation and guidelines for future work, child development, ۷۱, ٥٤۳-٥٦۲. doi: ۱۰,۱۱۱۱/۱٤٦۷-۸٦۲٤,۰۰۱٦٤

▪ MacQueen,K. M. Karim, Q. A. & Sugarman, J. (۲۰۰۳) Ethics guidance for HIV prevention trials. BMJ, ۳۲۷, ۳٤۰.doi: ۱۰,۱۱۳٦/BMJ.۳۲۷,۷٤۱۰,۳٤۰

▪ Maguen, S. Armistead, L. p. & Kalichman, S. (۲۰۰۰).Predictor of HIV antibody testing among gay, lesbian, and bisexual youth. Journal of adolescent health, ۲٦, ۲٥۲-۲٥۷.doi: ۱۰,۱۰۱٦/S۱۰٥٤-۱۳۹X(۹۹) ۰۰۰۷۸-٦

▪ Marshall, J. W. Ruth, B.J.Sisco, S. Bethke, C. Piper, T.M. Cohen. M. & Bachman, S. (۲۰۱۱). Social work interest in prevention: a content analysis of the professional literature. social work, ٥٦, ۲۰۱-۲۱۱.doi: ۱۰,۱۰۹۳/sw/٥٦,۳,۲۰۱

▪ Martins, R. K. & McNeil, D. W. (۲۰۰۹). Review of motivational interviewing in promoting health behavior, clinical psychology Review, ۲۹, ۲۸۳-۲۹۳.doi: ۱۰,۱۰٦/j.cpr.۲۰۰۹,۰۲,۰۰۱

▪ Matthews, C. R. (۲۰۱۲). Teaching prevention: preparing the next generation of psychology.in E.M. Vera (Ed). The Oxford handbook of prevention in counseling psychology (pp.۷٦-۹۰). New York. NY: Oxford university press.

▪ Matthews, C. R. & Skowron, E. A. (۲۰۰٤). Incorporating prevention in mental health counselor training. Journal of Mental Health Counseling, ۲٦, ۳۹٤-۳٥۹.

▪ NcCullough, M, E. & Snyder, C. R. (۲۰۰۰) Classical sources of human strengths: Revisting an old home and building a new one. Journal of Social and Clinical Pychology, ۱۹, ۱-۱۰. doi: ۱۰,۱٥۲۱/jscp.۲۰۰۰,۱۹,۱,۱

- McDaniel, S.H. & Fogarty, C. T. (۲۰۰۹). What primary care has to offer the patient centered medical home. Professional Psychology: Research and Practice, ٤۰, ٤٨٣-٤٩٢. doi: ١٠,١٠٣٧/a٠٠١٦٧٥١

- McIntosh, J. M. Jason, L. A. Robinson, W.L. & Brzezinski, L. (۲۰۰٤). Multiculturalism and primary prevention:Toward a new primary prevention culture. The Journal of Primary Prevention, ۲٥, ١-۲٥. doi: ١٠,١٠٢٣/B:JOPP.٠٠٠٠٠٠٣٩٩٣٦,٦٤٣٦٧,٩٩

- McNair, D. M. Lorr, M. & Droppleman, L. F. (١٩٩٢). POMS manual.San Diego. CA: San Diego Education and Industrial Testing Services.

- McPherson, Y. L. Cook, R, F. Back, A.S. Hersch, R. K. & Hendrickson, A. (۲۰۰٦).A field test of a web- based substance abuse prevention training program for health promotion professional. American Journal of Health Promotion, ۲۰, ٣٩٦-٤٠٠. doi: ١٠,٤٢٧٨/٠٨٩٠-١١٧١-٢٠,٦,٣٩٦

- McWhirter, J. J. Mc Whirter, B. T. McWhirter, E.H. & McWhirter, R. J. (۲۰۰٧). At risk youth: a comprehensive response for counselors, teachers, psychologists, and human service professional. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

- Mental Health Parity Act of ١٩٩٦, Pub. L. No. ١٠٤-٢٠٤, ١١٠ Stat. ٢٨٧٤(١٩٩٧).

- Mental Health Parity and Addiction Eguity Act of ۲۰۰٨, Pub. L. NO. ١١٠-٣٤٣, ١٢٢ Stat. ٣٧٦٥ (۲۰۰٨).

- Michielsen, H. J. Van der Steeg, A. F. Roukema, J. A. & De Vries, J. (۲۰۰٧). Personality and fatigue in patients with benign or malignant breast disease. Supportive Care in Cancer, ١٥, ١٠٦٧-١٠٧٣.doi: ١٠,١٠٠٧/s٠٠٥٢٠-٠٠٧٠٢٢٢-٢

- Miller, A. M. & Champion, V.L. (١٩٩٧). Attitudes about breast cancer and mammography: Racial income, and education diffrences. Womrn & Health, ٢٦, ٤١-٦٣. doi: ١٠,١٣٠٠/j٠١٣v٢٦ n٠١_٠٤

- Miller, T. & Hendrie. D. (۲۰۰٨). Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis (DHHS Publication No. [SMA] ٠٧-٤٢٩٨). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (۲۰۰٢). Motivational Interviewing (٢nd ed.). New York. NY: Guilford press.

- Miller, W, R. & Rose,G. S. (۲۰۰۹). Toward a theory of motivational interviewing American psychology, ٦٤, ٥٢٧-٥٣٧-٥٣٧.doi: ١٠,١٠٣٧//a١٦٨٣٠

- Mishara, B. L. & Weisstub, D. N. (۲۰۰٥) Ethical and legal issues in suicide research. international journal of loe and psychiatry, ٢٨, ٢٣-٤١-٤١. doi: ١٠,١٠١٦ / j.ijlp.۲۰۰٤,١٢,٠٠٦

▪ Mokdad, A. H. Bowman, B. A. Ford, E. S. Vinicor, F. Marks, J. S. & Koplan, J,P, JAMA, ۲۸٦, ۱۱۹٦-۱۲۰۰.dio: ۱۰,۱۰۰۱/jama. ۲۸٦,۱۰,۱۱۹٥

▪ Montano, D.E., & Kasprzyk, D. (۲۰۰۲). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. in K. Glanz, B. K. Rimer, ۷ F. M. Lewis(Eds). Health behavior and health education: theory, research, and practice (pp.۶۷-۹۸). San Francisco, CA: Jossey Based.

▪ Montgomery, G. H. & Bovbjerg, D. H. (۲۰۰۱). Specific response expectancies predict anticipatory nausea during chemotherapy for breast cancer. Journal of counseling and clinical psychology, ٦۹,۸۳۱-۸۳٥.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۲۲-۰۰٦X.٦۹,٥,۸۳۱

▪ Montgomery, G. H. Bovbjerg, D. H. (۲۰۰۷). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patient. Journal of the national cancer institute, ۹۹, ۱۳۰٤-۱۳۱۲. doi: ۱۰,۱۰۹۳/jnci/djm ۱۰٦

▪ Montgomery, G. H. Kangas, M. David, D. Hallquist, M. N. Grean, S. Bovberg, D.H.…Silverstein, J. H. (۲۰۰۹).Fatigue during breast cancer radiotherapy An initial randomized study of cognitive behavior therapy plus hypnosis. Health psychology, ۲۹, ۳۱۷-۳۲۲.doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۱۳٥۸۲

▪ Morrill, W. H. & Hurst, j. C. (۱۹۷۱). A preventative and developmental role for the college counselor. The counseling psychologist, ۲, ۹۰-۹٥. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۷۱۰۰۲۰۰٤۰٥

▪ Morrill, W. H. Oetting, E. R. & Hurst, J. C. (۱۹۷٤). Dimensions of counselor functioning. The Personnel and Guidance Journal, ٥۲, ۳٥٤-۳٥۹. doi: ۱۰,۱۰۰۲/j.۲۱٦٤-٤۹۱۸,۱۹۷٤.tb٤۰٤۱.x

▪ Morrow, J, A.M & Ackermann, M, E. (۲۰۱۲). Intention to persist and retention of first year students: The importance of motivation and sense of belonging. College Student Journal, ٤٦, ٤۸۳-٤۹۱.

▪ Mosher, R.L.& S printhall. N. A. (۱۹۷۰),Psychology education in secondary schools: A program to promot individual and human development. American psychologist, ۲٥, ۹۱۱-۹۲٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/h۰۰۲۹۹۱٤

▪ Mrazek, P.L. & Haggerty, R. J. (Eds). (۱۹۹٤). Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

▪ Murdaugh, C. L. & Insel, K. (۲۰۰۹). Problem with adherence in the elderly. in S. A. Shumaker, J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Eds). The handbook of health behavior change (pp.٤۹۹-٥۱۸). New York, NY: Springer

▪ Murphy, C. Linehan, E. reyner, J. Musser, P. & Taft. C. (۲۰۱۲). Moderators of response to motivational interviewing For partner- violent men. Journal of Family Violence, ۲۷, ٦۷۱-٦۸۰.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۸۹٦. ۰۱۲-۹٤٦۰-۲

▪ Murphy, J. G. Dennhart, A. A. Skidmore, J. R. Borsari, B. Barnett, N, p. Colby. S.M. & Marten, M. P. (۲۰۱۲). A randomied controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for collede drinking. Journal of Consulting and Clinical psychology, ۸۰, ۸۷٦-۸۸٦.doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۲۸۷٦۳

▪ Murray, C.E. (۲۰۰٥). Prevention work: A professional responsibility for marriage and family counselors.The Family Journal, ۱۳,۲۷-۳٤.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱۰٦٦٤۸۰۷۰٤۲٦۹۱۷۹

▪ Myers, D.G. (۲۰۰۰). The funds. friends, and faith of happy people. American Psychologist, ٥٥, ٥٦-٦۷٦۷.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٥٥,۱,٥٦

▪ Naar King, S. & Suarez, M. (۲۰۱۰). Motivational intrrviewing with adolescents and young adults: new York. NY: Guilford Press.

▪ Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey kane, E., & Davino, K. (۲۰۰۳).What works in prevention: Principle of effective prevention programs. American psychologist, ٥۸, ٤٤۹-٤٥٦. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٥۸,٦,۷,٤٤۹

▪ National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (۱۹۷۹). The Belmont Report, Retrieved from http:// archive. hhs.gov/ohrp/ human subjects / guidance/Belmont.htm.

▪ National Institute of Mental Health. (۲۰۰۷). Suicide in the U.S.: Statistics and prevention (NIH publication No. ۰٦-٤٥۰٤). Retrieved from http:// www.nimh. nih. gov/ health / publications / suicide –in- the- us- statistics- and- prevention /index. Shtml= adults

▪ National Prevention Council. (۲۰۱۱). National prevention strategy, Washington, DC: U.S. Deprtment of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. Retrieved from http:// www.Surgeongeneral.gov/initiatives/prevention / strategy/ report.pdf

▪ National Research Council and Institute of Medicine. (۲۰۰۹). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities. Washington, DC: National Academic Press.

▪ Nelson, G. & Prilleltensky, I. (۲۰۰٥).Community psychology: In pursuit of liberation and Well- bing. New York. NY: Palgrave Macmillan.

▪ O' Byrne, K. K. Brammer, S. K. Davidson, M.M. & Poston, W. S.C (۲۰۰۲). Primary prevention in counseling psychology: Back to the future. The Counseling Psychologist, ۳۰, ۳۳۰-۳٤٤.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۲۳۰۲۰۱۰

▪ O'Connor, R. C. & Armitage, C.J. (۲۰۰۳). Theory of planned behavior and parasuicide: An exploratory study. Current Psychology, ۲۲, ۱۹٦-۲۰٥.doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۲۱٤٤-۰۰۳-۱۰۱٦-٤

▪ Oswalt, S. B., Shutt, M.D. English, E., & Little, S.D. (۲۰۰۷). Did it work? Examining the impact of an alcohol intervention on sanctioned college students. Journal of College Student Development, ٤٨,٥٤٣-٥٥٧.doi: ١٠,١٣٥٣/csd.٢٠٠٧,٠٠٥٦

▪ Out, J, W., & Lafreniere, K. D. (۲۰۰۱). Baby think it over: Using role play to prevent teen pregnancy. Adolescence, ٣٦,٥٧١-٥٨٢.

▪ Oyama, H. Koida, J. & Kudo, K. (۲۰۰٤). Community based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow up. Community mental health journal, ٤٠,٢٤٩-٢٦٣.doi: ١٠,١٠٢٣/B:COMH.٠٠٠٠٠٢٦٩٩٨,٢٩٢١٢,١٧

▪ Pagoto, S. L., Kantor, L., Bodenlos, J.S., Gitkind, M., & Ma, Y. (۲۰۰۸). Translating the diabetes prevention program into a hospital- based weight loss program. Health Psychology, ٢٧ (Suppl. ١), ٩١-٩٨. doi: ١٠,١٠٣٧/٠٢٧٨-٦١٣٣,٢٧,١.S٩١

▪ Painter, J. E. Borba, C. Hynes, M. Mays, D. & Glan, K. (۲۰۰۸). The use of theory in health behavior research from ٢٠٠٠-٢٠٠٥: A systemic review. Annals of Behavioral Medicine, ٣٥, ٣٥٨-٣٦٢.doi: ١٠,١٠٠٧/s١٢١٦٠-٠٠٨-٩٠٤٢-y

▪ Park, N. & Peterson, C, (۲۰۰۵). The values in action inventory of character strengths for Youth. in K. A, Moore & L. H. Lippman (Eds). What do children need to flourish? Conceptualization and measuring indicators of positive development (pp. ١٣-٢٣). New York, NY: Springer, doi: ١٠,١٠٠٧/٠-٣٨٧-٢٣٨٢٣-٩_٢

▪ Parker,G. Hawkins, J., Weigel, C., Fanning, L., Round, T., & Reyna, K. (۲۰۰۹). Adolescent suicide prevention: The Oklahoma community reaches out. Journal of Continuing Education in Nursing, ٤٠, ١٧٧-١٨٠. doi: ١٠,٣٩٢٨/٠٠٢٢٠١٢٤-٢٠٠٩٠٤٠١-٠٨

▪ Parson, F. (١٩٠٩).Choosing a vocation. Boston, Ma: Houghton-Mifflin.

▪ Pasco, S. Wallack, C. Sartin, R. M. & Dayton,R. ٢٠١٢). The impact of experintal exercises on communication and relational skills in a suicide prevention gatekeeper training program for college resident adviser. Journal of American College Health, ٦٠, ١٣٤-١٤٠.doi: ١٠,١٠٨٠/ ٠٧٤٤٨٤٨١,٢٠١١,٦٢٣٤٨٩

▪ Patient Protection and Affordable Care Act of ٢٠١٠, pub. L. no. ١١١-١٤٨, ١٢٤ Stat. ١١٩ (٢٠١٠).

▪ Pearson, J.L. (٢٠٠٠/٢٠٠١). Preventing late life suicide: National Institutes for Health initiatives. Omega: Journal of Death and Dying, ٤٢, ٩-٢٠.doi: ١٠,٢١٩٠/FMRG.٨٧W٠.YXDK.٦EFY

▪ Pearson, J.L & Brown, G. K. (٢٠٠٠). Suicide prevention in late life: Direction for science and practice. Clinical Psychology Review, ٢٠, ٦٨٥-٧٠٥. doi: ١٠,١٠١٦/S٠٢٧٢-٧٣٥٨(٩٩)٠٠٠٦٦-٥

▪ Perry, C.L. William, C.L. Veblen mortenson, s. Toomey, T.L. Komro, K. A., Anstine, P. S.,…Wolfson, M. (١٩٩٦). Project Northland: Outcomes of a community

wide alcohol use prevention program during early adolescence. American Journal of Public Health, ۸٦, ۹٥٦-۹٦٥.doi: ۱۰,۲۱۰٥/ AJPH. ۸٦,۷,۹٥٦

▪ Perry, M, J. Albee, G W, Bloom, M. & Gullotta, T. P. (۱۹۹٦). Training and career paths in primary prevention. The Journal of Primary Prevention, ۱٦, ۳٥۷-۳۷۱. doi: ۱۰,۱۰۰۷ / BF۰۲٤۱۱۷٤۱

▪ Peters, R. D. Bradshaw, A. J. Petrunka, K. Nelson, G. Herry, Y. Craig, W, M.,… Rossiter, M. D. (۲۰۱۰). THE "Better Beginnings, Better Futures" ecological, community- based early childhood prevention project: Finding from grade ۳ to grade.۹. Monographs of the Society for Research in Child Development, ۷٥, ۱-۱۷٤.

▪ Peters, R. D. petrunka. K. & Arnold, R. (۲۰۰۳). The Better Beginning, Better Future Project: A universal, Comprehensive, community- based approach for primary school children and their families. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, ۳۲, ۲۱٥-۲۲۷.doi: ۱۰,۱۲۰۷/S۱٥۳۷٤٤۲٤JCCP۳۲۰۲_٦

▪ Peterson, C. & Park, N. (۲۰۰۹). Classification and measuring of character. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds).Oxford handbook of positive psychologr(۲ nd ed. pp.,۲٥-۳۳). New York.NY: Oxford University Press.

▪ Peterson, C. Park, N. & Seligman, M E, P. (۲۰۰٥).Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. Journal of Happiness Studies, ٦,۲٥-٤۱. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۹۰۲-۰۰٤-۱۲۷۸-z

▪ Peterson, C. & Seligman,M.E.P. (۲۰۰٤). Character strengths and virtues: A handbook and classification. Washington, DC: American Psychology Association.

▪ Piaget, J. & Inhelder, B. (۱۹٦۹). The psychology of the child. New York, NY: basic book.

▪ Pierce, K. Carter, c. weinfeld, M. Desmond, J. Hazin, R. & Gallagher, N. (۲۰۱۱). Detecting, studying, and treating autism early: the one- year Well- baby check- up approach. Journal of Pediatrics, ۱٥۹, ٤٥۸-٤٦٥.e٦۰

▪ Pieters, A. L. Hanus, A. E. & Gale, M.M. (۲۰۱۳).Advocacy and prevention: Dismantling systems of oppression. In E.M. Vera (Ed.), The Oxford handbook of prevention in counseling psychology. (pp, ۱۰۹-۱۲٤). New York, NY: oxford University Press.

▪ Pischke, C.R. Scherwitz, L. Weinder, G. & Ornish, D. (۲۰۰۸). Long- term effects of lifestyle changes on well- being and cardiac variables among coronary heart disease patients. Health Psychology, ۲۷, ٥۸٤-٥۹۲.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۲۷۸-٦۱۳۳-۲۷,٥,٥۸٤

▪ Pope, K. S. (۱۹۹۰). Identifiying and implementing ethical for primary prevention. Prevention in Human Services, ۸,٤۳-٦٤.doi: ۱۰,۱۳۰۰/J۲۹۳v۰۸n۰۲_۰٤

▪ Poss, J. E. (۲۰۰۱). Developing a new model for cross culture research: Synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. ANS: Advances in Nursing Science, ۲۳, ۱-۱٥.doi: ۱۰,۱۰۹۷/۰۰۰۱۲۲۷۲-۲۰۰۱۰٦۰۰۰-۰۰۰۰۲

▪ Price Evans, K., & Treasure, J. (۲۰۱۱).The use of motivational interviewing in anorexia nervosa. Child and Adolescent Mental Health, ۱٦, ٦٥-۷۰.doi: ۱۰,۱۱۱۱/j,۱٤۷٥,۳٥۸۸,۲۰۱۱,۰۰٥۹٥.x

▪ Prilleltensky, I. (۲۰۰۱).Value based praxis in community psychology: Motiving toward social justice and social action. American Journal of Community Psychology, ۲۹, ۷٤۷-۷۷۸/ doi: ۱۰,۱۰۲۳/ A: ۱۰۱۰٤۱۷۲۰۱۹۱۸

▪ Prilleltensky, I. & Nelson, G, (۲۰۱۳). Critical Psychology, prevention and social justice. In E.M. Vera (Ed). The Oxford handbook of prevention in counseling psychology(pp, ۱٤۱-۱٥۹). New York, NY: Oxford University Press.

▪ Prochaska, J. O., DiClement, C. C., & Norcross, J. C. (۱۹۹۲). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American psychologist, ٤۷,۱۱۰۲-۱۱۱٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٤۷,۹,۱۱۰۲

▪ Prochaska, J. O. Evers, K. E. Prochaska, J, M Van marter, D. & Johnson, J.L. (۲۰۰۷). Efficacy and effevtiveness trial: Example from smoking cessation and bullying prevention. Journal of Health Psychology, ۱۲, ۱۷۰-۱۷۸. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱۳٥۹۱۰٥۳۰۷۰۷۱۷٥۱

▪ Prochaska, J. O. Johnson, S. & Lee, P. (۲۰۰۹). The transtheoretical model of behavior change. in S. A. Shumaker, J.K. Ockene, & K, A. Riekert(Eds.), The handbook of behavior change(۳rd ed. Pp. ٥۹-۸۳). New York. NY: Springer.

▪ Quigley, D. (۲۰۰٦). A review of improved ethical practices in environmental and public health research: Case axamples from Native communities. Health Education & Behavior, ۳۳, ۱۳۰-۱٤۷. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱۰۹۰۱۹۸۱۰٤۲۷۲۰٥۳

▪ Ramirez, A., Bravo, j. M. & Katsikas, S. (۲۰۰٥). Infant feeding decisions and practices in the U. S. and Colombia. Journal & Perintal Psychology & Health, ۱۹,۲۳۷-۲٤۹.

▪ Randell, B. P., Eggert. L. L., & Pike, K. C, (۲۰۰۱). Immediate postintervention effects of two brief suicide prevention intervention. Suicide and Life Threatening Behavior, ۳۱, ٤۱-٦۱. doi: ۱۰,۱٥۲۱/suli.۳۱,۱,۱٤,۲۱۳۰۸

▪ Rawls, J. (۱۹۷۱). A theory of justice. Cambridge, MA: Harvard University Press.

▪ Redd, W. H. Montgomery, G. H. & DUHamel, K. N. (۲۰۰۱). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. Journal of the National Cancer Institute,۹۳, ۸۱۰-۸۲۳. doi: ۱۰,۱۰۹۳/ jnci/ ۹۳,۱۱,۸۱۰

- Reese, L. E., & Vera, E. M. (۲۰۰۷). Culturally relevant prevention: the scientific and practical considerations of community- based programs. The Counseling Psychologist, ۳۵, ۷٦۳-۷۷۸.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۷۳۰٤۵۸۸

- Reid, M. J., Webster- Stratton, C., & Baydar, N. (۲۰۰٤). Halting the development of conduct problem in Head Start children: The effects of parent training. Journal of Clinical & Adolescent Psychology, ۳۳,۲۷۹-۲۹۱.doi: ۱۰,۱۲۰۷/s۱۵۳۷٤٤۲٤jccp۳۳۰۲_۱۰

- Reid, M. J., Webster- Stratton, C., & Hammond, M.(۲۰۰۷). Enhancing a classroom social competence and problem- solving curriculum by offering parent training to famillies of moderate to high- risk elementary school children. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. ۳٦, ٦۰۵-٦۲۰.doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۵۳۷٤٤۱۰۷۰۱٦٦۲۷٤۱

- Reijneveld, S. A. Westhoff, M, H., & Hopman- Rock, M. (۲۰۰۳). Promotion of health and physical activity improve the mental health of elderly immigrants: Results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged ٤۵ and over. Journal of Epidemiology and Community Health, ۵۷, ٤۰۵. doi: ۱۰,۱۱۳٦/ jech. ۵۷,٦,٤۰۵

- Reisch, M, & Andrews, j. (۲۰۰۲). The road not taken: A history of radical social work in the United States. New York. NY: Brunner Routledge.

- Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & McBride, S. (۲۰۱۱). Master resiliency training in the U.S. Army. American Psychologist, ٦٦, ۲۵-۳٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/a۰۰۲۱۸۹۷

- Resnick, B., Galik, E., Nahm, E.S., Shaughnessy, M., & Michael, K. (۲۰۰۹). Optimizing adherence in older adults with cognitive impairment. In S. A. Shumaker, J.k. Okene, & K. A. Riekert. (Eds.), The handbook of health behavior change (pp. ۵۱۹-۵٤٤). New York. NY: Springer.

- Reynolds,A.J. (۱۹۹٤).Effects of a preschool plus follow -on intervention for children at risk. Developmental Psychology, ۳۰, ۷۸۷-۸۰٤.doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۱۲-۱٦٤۹,۳۰,٦,۷۸۷

- Reynolds, A.J.,Rolnick,A.J., Englund,M. M., & Temple,J.A. (Eds.). (۲۰۱۰). Childhood programs and practices in the first decade of life: A human capital integration. New York, NY: Cambridge University Press. doi: ۱۰,۱۰۱۷/CBO۹۷۸۰۵۱۱۷٦۲٦٦٦

- Reynolds,A.J, Temple,J.A., White,B. A. B., Ou,S., & Robertson, D. L. (۲۰۱۱). Age ۲٦ cost-benefit analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. Child Development, ۸۲, ۳۷۹-٤۰٤. doi: ۱۰,۱۱۱/j.۱٤٦۷-۸٦۲٤,۲۰۱۰,۰۱۵٦۳.x

- Reynolds, C. F. (۲۰۰۹). Prevention of depressive disorders: A brave new world. Depression and Anxiety, ۲٦, ۱۰٦۲-۱۰٦۵. doi: ۱۰,۱۰۰۲/da.۲۰٦٤٤

- Reynolds, C. F., Cuijpers, P., Patel, V., Cohen,A. Dias, A. Chowdhary, N., …Albert,S. M. (۲۰۱۲). Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. Annual Review of Public Health, ۳۳,۱۲۳-۱۳۵. doi:۱۰,۱۱٤٦/annurev-publhealth-۰۳۱۸۱۱-۱۲٤٥٤٤

- Rickards, A. L. Kelly, E. A., Doyle, L. W., & Callanan, C. (۲۰۰۱). Cognitive, academic progress, behavior, and self-concept at ۱٤ years of very low birth weight children. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, ۲۲, ۱۱-۱۸. doi: ۱۰,۱۰۹۷/۰۰۰۰٤۷۰۳-۲۰۰۱۰۲۰۰۰-۰۰۰۰۲

- Rickel, A. U. (۱۹۸۷). The ۱۹٦٥ Swampscott Conference and future topics for community psychology. American Journal of Community Psychology, ۱٥, ٥۱۱-٥۱۳. doi:۱۰,۱۰۰۷/BF۰۰۹۲۹۹۰۳

- Ripple, C. H. & Zigler, E. (۲۰۰۳). Research, policy, and the federal role in prevention initiatives for children. American Psychologist, ٥۸, ٤۸۲-٤۹۰. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٥۸,٦-۷,٤۸۲

- Rivera- Mosquera, E., Phillips, J. C., Castelino, P., Martin, J. K., & Dobran, E. S. M. (۲۰۰۷). Design and implementation of a grassroots precollege program for Latino youth. The Counseling Psychologist, ۳٥, ۸۲۱-۸۳۹. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۷۳۰٤٥۹۳

- Robitschek, C., & Woodson, S.J. (۲۰۰٦). Vocational psychology: Using one of counseling psychology's strengths to foster human strength. The Counseling Psychologist, ۳٤, ۲٦۰-۲۷٥. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰٥۲۸۱۳۲۱

- Rogers, C. R. (۱۹٥۱). Client-centered therapy.Boston, MA: Houghton-Mifflin.

- Rogers, E. M. (۲۰۰۳). Diffusion of innovations (٥th ed.). New York, NY: Free Press.

- Romano, J. L. (۱۹۸٤). Stress management and wellness: Reaching beyond the counselors office. The Personnel and Guidance Journal, ٦۲, ٥۳۳-٥۳۷. doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۲۱٦٤-٤۹۱۸,۱۹۸٤.tb۰۰۲۷۰.x

- Romano, J. L. (۱۹۹٦). School personnel prevention training: A measure of self-efficacy. Journal of Educational Research, ۹۰, ٥۷-٦۳.

- Romano, J. L. (۱۹۹۷). School personnel training for the prevention of tobacco, alcohol, and other drug use: Issues and outcomes. Journal of Drug Education, ۲۷, ۲٤٥-۲٥۸. doi: ۱۰,۲۱۹۰/HYEW-۱EEJ-۷٤PD-P۱E۳

- Romano, J. L., & Hage, S. M. (۲۰۰۰a). Prevention: A call to action. The Counseling Psychologist, ۲۸, ۸٥٤-۸٥٦. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۰۲۸٦۰۰۷

- Romano, J. L., & Hage, S. M. (۲۰۰۰b). Prevention and counseling psychology: Revitalizing commitments for the ۲۱st century. The Counseling Psychologist, ۲۸, ۷۳۳-۷٦۳. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۰۲۸٦۰۰۱

- Romano,J. L. & Netland, J.D. (۲۰۰۸). The application of the theory of reasoned action and plannad behavior to prevention science in counseling psychology. The Counseling Psychologist, ۳٦,۷۷۷-۸۰٦.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۷۳۰۱٦۷۰

- Rosenstock, I. M. (۱۹۷٤). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, ۲, ۳۲۸-۳۳٥.

- Rosenstock, I. M. Strecher, V. J. & Becker, M. H. (۱۹۸۸). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly, ۱٥, ۱۷٥-۱۸۳. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱۰۹۰۱۹۸۱۸۸۰۱٥۰۰۲۰۳

- Rosenthal, M. S., Ross,J. S., Bilodeau, R., Richter, R. S. Palley, J. E., & Bradley, E. H. (۲۰۰۹). Economic evaluation of a comprehensive teenage pregnancy prevention program. American Journal of Preventive Medicine, ۳۷, s۲۸۰-S۲۸۷. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.amepre.۲۰۰۹,۰۸,۰۱٤

- Rothman, E. & Silverman.J. (۲۰۰۷). The effect of a college sexual assult prevention program on first-year students' victimization rates. Journal of American College Health, ٥٥, ۲۸۳-۲۹۰. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۸۸٦۲٦۰٥۱۰۳٦۲۸۸٤

- Ruger, J.P. & Emmons, K. M. (۲۰۰۸). Economic evaluations of smoking cessation and relapse prevention programs for pregnant women: A systematic review. Value in Health, ۱۱, ۱۸۰-۱۹۰. doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۱٥۲٤-٤۷۳۳,۲۰۰۷,۰۰۲۳۹.x

- Saltz, R. F. (۲۰۱۱). Environmental approaches to prevention in college settings. Alcohol Research & Health, ۳٤, ۲۰٤-۲۰۹.

- Sandler, I., & Chassin, L. (۱۹۹۳). From research to implementation in the teaching of prevention: A postdoctoral training program. Teaching Psychology, ۲۰, ۱٤٤-۱٤۸. doi: ۱۰,۱۲۰۷/s۱٥۳۲۸۰۲۳top۲۰۰۳_۳

- Sandy, S. V. & Boardman, S.K. (۲۰۰۰). The peaceful kids conflict resolution program. International Journal of Conflict Management, ۱۱, ۳۳۷-۳٥۷. doi: ۱۰,۱۱۰۸/eb۲۲۸٤٥

- Sari, N., de Castro, S., Newman, F. L., & Mills, G. (۲۰۰۸). Should we invest in suicide prevention programs? Journal of Socio-Economics, ۳۷, ۲٦۲-۲۷٥. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.socec.۲۰۰٦,۱۲,۰۲۹

- Saxe, L., Kadushin, C., Tighe, E. Beveridge, A. A., Livert, D., Brodsky, A., & Rindskopf, D. (۲۰۰٦). Community-based prevention programs in the war on drugs: Findings from the "Fighting Back" demonstration. Journal of Drug Issues, ۳٦, ۲٦۳-۲۹٤ doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۲۲۰٤۲٦۰٦۰۳٦۰۰۲۰۲

- Schinke, S. P. (۱۹۹٤). Prevention science and practice: An agenda for action. The Journal of Primary Prevention, ۱٥, ٤٥-٥۷. doi: ۱۰,۱۰۰۷/BF۰۲۱۹٦۳٤٦

- Schmidt, J. J. (۲۰۰۸). History of school counseling. In H. L. K. Coleman & C. Yeh (Eds.), Handbook of school counseling (pp. ۳-۱۳). New York, NY: Routledge.

- Schwartz, J. P., & Hage, S. M. (۲۰۰۹). Prevention: Ethics, responsibility, and commitment to public well-being. In M. E. Kenny, A. M. Horne, P. Orpinas, & L. E. Reese (Eds.), Realizing social Justice: The challenge of preventive interventions (pp. ۱۲۳-۱٤۰). Washington, DC: American Psychological Association. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۱۱۸۷۰-۰۰٦

- Schwartz, J. P. Hage, S. M., & Gonzalez, D. M. (۲۰۱۳). Ethical principles for the practice of Prevention. In E. M. Vera (Ed), The Oxford handbook of Prevention counseling psychology (pp. ٦٥-٧٥). New York, NY: Oxford University Press.

- Schweinhart, L. J., & Weikart, D. P. (۱۹۹۷). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age ۲۳. Early Childhood Research Quarterly, ۱۲, ۱۱۷-۱٤۳. doi: ۱۰,۱۰۱٦/S۰۸۸٥-۲۰۰٦(۹۷)۹۰۰۰۹-۰

- Schweinhart, L. J. & Weikart, D. P. (۱۹۹۹). The advantages of High/Scope: Helping children lead successful lives. Educational Leadership, ٥٧, ٧٦,٧٨.

- Seal, K. H., Abadjian, L., McCamish, N., Shi. Y., Tarasovsky, G., & Weingardt, K. (۲۰۱۲). A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan veterans. General Hospital Psychiatry, ۳٤, ٤٥۰-٤٥۹. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.genhosppsych. ۲۰۱۲,۰٤,۰۰٧

- Search Institute. (n.d.). About Search Institute. Retrieved from http://www.search institute.org/about

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (۲۰۰۰). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, ۵۵, ۵-۱٤. Doi: ۱۰/۱۰۳۷/۳-۰٦٦X.٥٥,۱,٥

- Seligman, M. E. P., & Schulman, P., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (۱۹۹۹). The prevention of depression and anxiety. Prevention and Treatment, ۲. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۱٥۲۲-۳۷۳٦,۲,۱,۲۸a

- Seligman, M. E. P. & Schulman, P. & Tryon, A. M. (۲۰۰٧). Group Prevention of depression and anxiety symptoms. Behaviour Research and Therapy, ٤٥, ۱۱۱۱-۱۱۲٦. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.brat.۲۰۰٦,۰۹,۰۱۰

- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., &Peterson, C. (۲۰۰٥). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist, ٦۰, ٤۱۰-٤۲۱. doi: ۱۰,۱۰۳٧/۰۰۰۳-۰٦٦x.٦۰,٥,٤۱۰

- Sheridan, S. M., & D'Amato, R. C. (۲۰۰٤). Partnering to chart our futures: school psychology review and School Psychology Quarterly combined issue on the multisite conference on the future of school psychology. School Psychology Review, ۳۳,٧-۱۱. doi: ۱۰,۱۰۰۲/pits.۱۰۱۳٤

- Shin, R, Q. & Kendall, M. A. (۲۰۱۳). Dropout prevention: A(re) conceptualization through the lens of social justice. In E. M. Vera (Ed.), The oxford handbook of

prevention in counseling psychology (pp. ۲۱۳-۲۲۵). New York, NY: Oxford University Press.

- Shore, N. (۲۰۰٦). Re- conceptualization the Belmont Report: A community- based participatory research perspective. Journal of Community Practice, ۱٤, ٥-۲٦.doi: ۱۰,۱۳۰۰/J۱۲٥v۱٤n۰٤_۰۲

- Simonton, D. K. (۲۰۰۰). Creativity: Cognitive, personal, development, and social aspects. American Psychologist, ٥٥, ۱٥۱-۱٥۸. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۰۰۳-۰٦٦X.٥٥,۱,۱٥۱

- Sims, J. M. (۲۰۱۰).A brief review of the Belmont Report. Dimensions of critical care, ۲۹,۱۷۳-۱۷٤.

- Smit, F., Ederveen, A., Cuijpers, P., Deeg, D., &. Beekman, A. (۲۰۰٦). Opportunities for cost- effective prevention of late- life depression. Archives of General Psychiatry, ٦۳, ۲۹۰-۲۹٦-۲۹٦.doi: ۱۰,۱۰۰۱/archpsyc.٦۳,۳,۲۹۰

- Smith, E. J. (۲۰۰٦). The strength- based counseling model. The Coundeling Psychologist, ۳٤, ۱۳-۷۹.doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰٥۲۷۷۰۱۸

- Snyder, C. R., & Elliott, T. R. (۲۰۰٥). Twenty first century graduate education in clinical psychology: A four level matrix model. Journal of Clinical Psychology, ٦۱, ۱۰۳۳-۱۰٥٤.doi: ۱۰,۱۰۰۲/jclp.۲۰۱٤٦

- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (۲۰۰۷).Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Society for Community Research and Action, (n.d.). About SCRA. Retrieved from http;//www.scra۲۷.org/about

- Spaulding, J., & Balch, P. (۱۹۸۳).A brief history of primary prevention in the twentieth century: ۱۹۰۸-۱۹۸۰.American Journal of Community Psychology.doi: ۱۰,۱۰۰۷//BF۰۰۸۹۸٤۱۹

- Spoth, R. L., Guyll, M., & Day,S. X. (۲۰۰۲). Universal family- focused interventions in alcohol-use disorder prevention:Cost effectiveness and cost benefit analysis of two intervention. Journal of Studies on Alcohol, ٦۳, ۲۱۹-۲۲۸.

- Spoth, R. L., Kavanagh, K. A., & Dishion, T. J. (۲۰۰۲). Familly- centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families. Prevention Science, ۳, ۱٤٥-۱٥۲.doi: ۱۰,۱۰۲۳/A: ۱۰۱۹۹۲٤٦۱٥۳۲۲

- Spoth, R. L. Randall.G., Trudeau, L., Shin, C. & Redmond, C. (۲۰۰۸).Substance use outcome ٥ ۱/۲ years past baseline for partnership based family school preventive interventions. Drug and Alcohol Dependence, ۹٦, ٥۷-٦۸. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.drugalcdep. ۲۰۰۸,۰۱,۰۲۳

▪ Spoth, R., & Redmond, C. (١٩٩٥).Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. Journal of Family Psychology, ٩, ٢٩٤-٣١٠. doi: ١٠,١٠٣٧/٠٨٩٣,٣٢٠٠,٩,٣,٢٩٤

▪ Stark, J. (٢٠١٣, February ٧). For mental health risks, depts. work together. Minnesota Daily, ١,٤.

▪ State Charities Aid association. (١٩١٠, December). Proceedings of a meeting on the prevention of insanity.

▪ Stetson, B. A., Carrico, A. R., Beacham, A.O., Ziegler, C.H., & Mokshagundam, S.P. (٢٠٠٦). Feasibility of a pilot intervention targeting self -care behavior in adults with diabetes mellitus, Journal of Clinical Psychology in Medical Setting, ١٣, ٢٣٩-٢٤٩.doi: ١٠,١٠٠٧/s١٠٨٨٠-٠٠٦-٩٠٣٤-٧

▪ Stice, E. Rohde, P., Shaw, H., & Marti, C. N. (٢٠١٣). Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder and obesity among female college students: ١- and ٢- year follow -up effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٨١, ١٨٣-١٨٩. doi: ١٠,١٠٣٧/a٠٠٣١٢٣٥

▪ Stice, E. Shaw, H. & Marti, C, N. (٢٠٠٧). A meta- analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. Annual Review of Clinical Psychology, ٣, ٢٠٧-٢٣١. doi: ١٠,١١٤٦/annurev. Clinpsy. ٣,٠٢٢٨٠٦,٠٩١٤٤٧

▪ Stone, A. L., Becker, L, G. Huber, A. M. & Catalano, R. F, (٢٠١٢). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Addictive Behavior, ٣٧, ٧٤٧-٧٧٥.doi: ١٠,١٠١٦/j.addbeh.٢٠١٢,٠٢,٠١٤

▪ Stone. D. M., Barber, C. W., & Potter, L. (٢٠٠٥). Public health training on- line: The National Center for Suicide Prevention Training. American Journal of Preventive Medicine, ٢٩, ٢٤٧-٢٥١.doi: ١٠,١٠١٦/j.amepre.٢٠٠٥,٠٨,٠١٩

▪ Strait, G. G., Smith, B. H., McQuillin, S., Terrt, J., Swan, S., & Malone, P. S. (٢٠١٢). A Randomized trial of motivational interviewing to improve middle school students academic performance. Journal of Community Psychology, ٤٠, ١٠٣٢-١٠٣٩.doi: ١٠,١٠٠٢/jcop. ٢١٥١١

▪ Styfco, S., & Zigler, E. (٢٠٠٣). Early childhood programs for a new century. In A. Reynolds & M. Wang (Eds.), The federal commitment to preschool education: lessons from and for Head start(pp. ٣-٣٣). Washington, DC: Child Welfare league of America, Inc.

▪ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (٢٠١٠). Focus on prevention (DHHS Publication No. [SMA] ١٠-٤١٢٠). Rockville, MD: Author.

▪ Substance Abuse and Mental Health Services administration. (٢٠١١). Leading chang: A plan for SAMHSA’s roles and actions ٢٠١١-٢٠١٤ Executive summery and

introduction (DHHS Publication No. [SMA] ۱۱-٤٦۲۹ Summery). Rockville, MD: Author.

- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavic, R.J. (۱۹۹۲).Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. Journal of Counseling & Development, ۷۰, ٤۷۷-٤۸٦. doi: ۱۰,۱۰۰۲/j.۱٥٥٦-٦٦۷٦,۱۹۹۲.tb۰۱٦٤۲.x

- Sutton, S., McVey, D., & Glarz, A. (۱۹۹۹). A comparative test of the theory of reasond action and the theory of planned behavior in the prediction of condom use intention in a national sample of English young people. Health Psychology. ۱۸, ۷۲-۸۱. doi:۱۰,۱۰۳۷/۰۲۷۸-٦۱۳۳,۱۸,۱,۷۲

- Swisher, J. D., Scherer, J., & Yin, R. K. (۲۰۰٤). Cost -benefit estimates in prevention research. The Journalof Primary Prevention, ۲٥, ۱۳۷-۱٤۸.doi:۱۰,۱۰۲۳/B:JOPP.۰۰۰۰۰٤۲۳۸٦,۳۲۳۷۷.c۰

- Takahashi, L.M., Candelario, J., Young, T., & Mediano, E. (۲۰۰۷). Building capacity for HIV/AIDS prevention among Asian pacific Islander organizations: The experience of a culturally appropriate capacity building program in southern California. Journal of Public Health Management Practice(Suppl. ۱), ٥٥-٦۳.

- Taleff, M.J., & Neal, A. (۲۰۰۰).An ethical code for AOD faculty: A proposed set of guidelines. Journal of Drug Education, ۳۰, ۱٥۷-۱۷۰. doi: ۱۰,۲۱۹۰/٦۳JV-YYVK-۳PFR.ML۰M

- Taveras, E.M., Sobol, A. M., Hannon, C., Finkelstein, D., Wiecha. J., & Gortmaker, S.L. (۲۰۰۷). Youths' perceptions of overweight- related prevention counseling at a primary care visit. Obesity, ۱٥, ۸۳۱-۸۳٦. doi: ۱۰,۱۰۳۸/oby.۲۰۰۷,٥۹٤

- Taylor, T.K., Webster- Stratton, C., Feil, E. G., Broadbent, B., Widdop, C. S., & Severson, H.H. (۲۰۰۸).Computer- based intervention with coaching: An example using the Incredible Years program. Cognitive Behavior Therapy, ۳۷, ۲۳۳-۲٤٦. doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱٦٥۰٦۰۷۰۸۰۲۳٦٤٥۱۱

- Tabes, J, K., Kaufman, J.S., & Chinman, M. J. (۲۰۰۲).Teaching about prevention in mental health professions. in L.A. Jason & D. S. Glenwick(Eds.). inovative strategies for promoting health and mental across the life span(pp. ۳۷-٦۰).New York, NY: springer.

- Thato, S., Charron prochownik, D., Dorn, L. D., Albrecht, S.A., & Stone, C.A. (۲۰۰۳). Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. Journal of Nursing Scholarship, ۳٥, ۱٥۷-۱٦۳. doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۱٥٤۷-٥۰٦۹,۲۰۰۳,۰۰۱٥۷.x

- Thompson, D.R., Chair, S. Y., Chan, S, W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (۲۰۱۱). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health. Journal of Clinical Nursing, ۲۰, ۱۲۳٦-۱۲٤٤. doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۱۳٦٥-۲۷۰۲-۲۰۱۰-۰۳٥٥۸.x

- Thompson, E. A., & Eggert, L.L. (۱۹۹۹). Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescent among potential high school dropouts. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, ۳۸, ۱۵۰٦-۱۵۱٤.doi: ۱۰,۱۰۹۷/۰۰۰۰٤۵۸۳,۱۹۹۹۱۲۰۰۰,۰۰۰۱۱

- Thompson, E. A., & Eggert, L.L., Randell, B. P., & Pike, K, C. (۲۰۰۱). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. American Journal of Public Health, ۹۱,, ۷٤۲-۷۵۲. doi: ۱۰,۲۱۰۵/AJPH.۹۱,۵,۷٤۲

- Thompson, E. A. Mazza, J.J., Herting, J.R., Randell, B, P., & Eggert, L.L. (۲۰۰۵). The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness adoscent suicide behaviors. Suicide and Life Threatening Behavior, ۳۵, ۱٤-۳٤. doi: ۱۰,۱۵۲۱/suli.۳۵,۱,۱٤,۵۹۲٦٦

- Thompson, E. A., Moody, K., & Eggert, L. L. (۱۹۹٤). Discrimination suicide ideation among high risk youth. The Journal of School Health, ٦٤, ۳٦۱-۳٦۷.doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۱۷٤٦,۱۵٦۱,۱۹۹٤.tb۰٦۲۰۵.x

- Thompson, M.N., & Phillips, J.C. (۲۰۱۳). Promoting college retention in first generation college students. in E. M. Vera(Ed.), The Oxford handbook of prevention in counseling psychology (pp. ۳۳۰-۳٤٦). New York, NY: Oxford University Press.

- Title IX of the education amendments of ۱, pub.L. No. ۹۲-۳۱۸,۸٦ Stat. ۳۷۳(۱۹۷۲).

- Tovian, S. M. (۲۰۰٤). Health services and health care economics: The health psychology marketplace. Health Psychology, ۲۳, ۱۳۸-۱٤۱. doi: ۱۰,۱۰۳۷/۰۲۷۸,٦۱۳۳,۲۳,۲,۱۳۸

- Townsend, S. M., & Campbell, R. (۲۰۰۸). Identifying common practices in community- based rape prevention programs. Journal of Prevention & intervention in the Community, ۳٦, ۱۲۱-۱۳۵. doi: ۱۰,۱۰۸۰/۱۰۸۵۲۳۵۰۸۰۲۰۲۲۳۹۹

- Traube, D. E., James, S., Zhang., & Landsverk, J. (۲۰۱۲). A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. Addiction Behaviors, ۳۷, ٦٤۱-٦۵۰. doi: ۱۰,۱۰۱٦/j.addbeh. ۲۰۱۲,۰۱,۰۱۵

- Trickett, E. J. (۱۹۹۲). Prevention ethics: Explication the context of prevention activities. Ethics and Behavior, ۲, ۹۱-۱۰۰.doi: ۱۰,۱۲۰۷/s۱۵۳۲۷۰۱۹eb۰۲۰۲_۲

- Trickett, E. J. (۲۰۰۷). George albee and the nurturing spirit of primary prevention. The Journal of Primary Prevention, ۲۸, ٦۱-٦٤. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰۹۳۵-۰۰٦-۰۰۷۲-٦

- Tucker, C. M. Ferdinand, L.A., Mirsu- Paun, A., Herman, K. C., Delgado-Romero, E. Van den Berg, J. J., & Jones, J. D. (۲۰۰۷). The role of counseling psychologists in reducing health disparities. The Counseling Psychologist, ٦۵۰-٦۷۸. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۰۰۱۱۰۰۰۰۰۷۳۰۱٦۸۷

▪ Umemoto, K., Baker, C. K., Helm. S., Miao, T., Goebert, D. A., & Hishinuma. E.S. (۲۰۰۹). Moving toward comprehensiveness and sustainability in a social ecological approach to youth violence prevention. Lessons from the Asian/ Pacific Islander Youth Violence Prevention Center. American Journal of Community Psychology, ٤٤, ۲۲۱-۲۳۲. doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۰٤٦٤,۰۰۹,۹۲۷۱,۷

▪ University of Minnesota. (۲۰۰۷, November ۱٦). Report on health and habits of college students released. ScienceDaily. Retrived from http://www. Sciencedaily. com/releases / ۲۰۰۷/۱۱/۰۷۱۱۱٥۱۲٥۸۲۷.htm

▪ Upshur, C., & Barreto- Correz, E. (۱۹۹٥). What is participatory evaluation? What are it's roots? The Evaluation Exchange, ۱, ۷-۹.

▪ U, S. Department of Education, National Center for Education Statistics. (۲۰۱۲). Table ۱۲٦. Number and percentage of ۹th to ۱۲th graders who dropped out of public schools. by race/ethnicity. grade, and state or jurisdiction: ۲۰۰۹-۱۰. Retrieved from http://nces.ed. gov/programs/digest/d۱۲/tables/dt۱۲_۱۲۰.asp

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۱۹۹۹). Mental Health: A report of the surgeon general. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

▪ U. S. Department of Health and Human services. (۲۰۰۱).Mental Health: Culture. race, and ethnicity -A supplement to mental health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: National institute of Mental Health.

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۲۰۰۳a). The power of prevention: reducing the health and economic burdens of chronic disease. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۲۰۰۳b). Prevention makes common "cents. " Retrieved from http://aspe.hhs.gov/health /prevention/prevention/pdf

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۲۰۱۰a). Head Start impact study: Final report. Washington, DC: Administration for Children and Families Office of Planning, Research and Evaluation.

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۲۰۱۰b).Healthy people ۲۰۲۰. Washington, DC: Author, Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/ healthy_ people/ hp۲۰۲۰.htm

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۲۰۱۱). History and development of Healthy People. Retrieved from http://www.healthy people.gov/۲۰۲۰/about/history.aspx

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (۲۰۱۲). Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: Public Health Service, Office of the Surgeon General.

▪ U. S. Department of Health and Human Services. (٢٠١٤). The health consequences of smoking: ٥٠ years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers of Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Retrieved from http://www.surgeongeneral. gov/library/reports/٥٠- years- of- progress/ index.html

▪ U. S. Health Services. (١٩٦٤). Smoking and health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service (PHS Publication No. ١١٠٣). Atlanta, GA: U. S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Centers for Disease control.

▪ Vacha-Haase, T. (٢٠١٢). Clinical practice with older adults. In N. A. Fouad, J. A. Carter, & L. M. Subich (Eds.). APA handbook of counseling psychology (Vol. ٢, pp. ٤٩٧-٥١٣).Washington, DC: American Psychological Association.

▪ Valentine, A. D., & Meyers, C. A. (٢٠٠١). Cognitive and mood disturbance as causes and symptoms of fatigue in cancer patients. Cancer, ٩٢, ١٦٩٤-١٦٩٨. doi: ١٠,١٠٠٢/١٠٩٧-٠١٤٢(٢٠٠١٠٩١٥) ٩٢:٦+<١٦٩٤: AID-CNCRI١٤٩٩>٣,٠.CO;٢-S

▪ Van Sluijs, E. M. F., Van popple, M. N. M., & Van Mechelen, W. (٢٠٠٤).Stage-based lifestyle interventions in primary care: Are they effective? American Journal of Prevention Medicine. ٢٦, ٣٣٠-٣٤٣-٣٤٣. doi: ١٠,١٠١٦/j.amepre. ٢٠٠٣,١٢,٠١٠

▪ Vera, E. M., Caldwell, J., Clarke, M., Gonzales, R., Morgan, M., & West, M. (٢٠٠٧). The choices program: Multisystemic interventions for enhancing the personal and academic effectiveness of urban adolescent of color. The Counseling Psychologist. ٣٥, ٧٧٩-٧٩٦. doi: ١٠,١١٧٧/٠٠١١٠٠٠٠٠٧٣٠٤٥٩٠

▪ Vera, E. M., & Kenny, M. E. (٢٠١٣). Social justice and culturally relevant prevention.Thousand Oaks, CA: Sage.

▪ Vera, E. M., & Shin,R. Q. (٢٠٠٦). Promotion strengths in a socially toxic world. Supporting resiliency with systematic interventions. The Counseling Psychologist, ٣٤, ٨٠-٨٩. doi: ١٠,١١٧٧/٠٠١١٠٠٠٠٠٥٢٨٢٣٦٥

▪ Vera, E. M., & Speight, S. L. (٢٠٠٣). Multicultural competence, social justice, and counseling psychology: Expanding our roles. The Counseling Psychologist, ٣١, ٢٥٣-٢٧٢. doi: ١٠,١١٧٧/٠٠١١٠٠٠٠٠٣٠٣١٠٠٣٠٠١

▪ Vincus, A. A. Ringwalt, C., Harris, M. S., & Shamblen,S. R. (٢٠١٠).A short term quasi- experimental evaluation of D.A.R.E.' s revised elementary school curriculum. Journal of Drug Education, ٤٠, ٣٧-٤٩. doi: ١٠,٢١٩٠/DE.٤٠,١.c

▪ Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie. Currie, (٢٠١٢, April). Adolescent and the social determinants of health. The Lancet, ٣٧٩, ١٦٤١-١٦٥٢.

- Violence Againts Women Reauthorization Act of ٢٠١٣. Pub. L. NO. ١١٣-١١٤. ١٢٧ Stat. ٥٤ (٢٠١٣).

- Waern, M., Rubenowitz, E, & Wilhelmson, K. (٢٠٠٣) Predictors of suicide in the old elderly. Gerontology, ٤٩, ٣٢٨-٣٣٤. doi: ١٠,١١٥٩/٠٠٠٠٧١٧١٥

- Waldo. M. Kaczmarek, M. & Romano, J. L. (٢٠٠٤, August). Ethical dilemmas in prevention in prevention research and practice. In S. Hage & J. Schwartz (Co- Chairs), Ethics of prevention: Diverse perspectives within counseling psychology. Symposium conducted at the meeting of the American psychological association, Honolulu, HI.

- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (٢٠٠٣). The Incredible Years parents, teachers and child training series. A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), Evidence- based psychptherapies for children and adolescent (pp.٢٢٤-٢٤٠). New York, NY: Guilford Press.

- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (٢٠٠١). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. Journal of Clinical Child Psychology, ٣٠, ٢٨٣-٣٠٢. doi: ١٠,١٢٠٧/S١٥٣٧٤٤٢٤JCCP٣٠٠٣_٢

- Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (٢٠١١). Long -term outcomes of Incredible Years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. Child and Adolescent Mental Health, ١٦, ٣٨-٤٦.doi: ١٠,١١١١/j.١٤٧٥-٣٥٨٨,٢٠١٠,٠٠٥٧٦.x

- Weinstein, N. D. (١٩٩٣). Testing four competing theories of health- protective behavior, Health Psychology, ١٢,٣٢٤-٣٣٣. doi: ١٠,١٠٣٧//٠٢٧٨-٦١٣٣,١٢,٤,٣٢٤

- Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (١٩٩٨).Stage theories of health behavior: Conception and methodological issues.Health Psychology, ١٧, ٢٩٠-٢٩٩.doi: ١٠,١٠٣٧/٠٢٧٨,٦١٣٣,١٧,٣,٢٩٠

- Welsh, B. C., & Farrington, D. P. (٢٠٠٠). Correctional intervention programs and cost- benefit analysis. Criminal Justice and Behavior, ٢٧, ١١٥-١٣٣. doi: ١٠,١١٧٧/٠٠٩٣٨٥٤٨٠٠٠٢٧٠٠١٠٠٧

- Wenzel, L. B., Donnelly, J. P., Fowler, J. M., Habbal, R., Taylor, T. H., Aziz, N., & Cella, D. (٢٠٠٢). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecological oncology group study. Psycho- oncology, ١١, ١٤٢-١٥٣. doi: ١٠,١٠٠٢/pon.٥٧٦

- Werch, C. E., Moore, M. J., Bian. H., DiClemebte, C.C., Ames,S.C., Weiler, R. M., ...Pokorny, S. B. (٢٠٠٨). Efficacy of a brief image- based multibehavior intervention for college student. Annals of Behavior Medicine, ٣٦, ١٤٩-١٥٧.doi: ١٠,١٠٠٧/s١٢١٦٠-٠٠٨-٩٠٥٥-٦.

▪ Werner, E. E., Bierman, J. M., & French, F.E. (۱۹۷۱).The children of Kouai Honolulu.honolulu: University of Hawaii Press.

▪ West, S. L., & Graham, C, W, (۲۰۰۵). A survey of substance abuse prevention efforts at Virginia's college and universities. Journal of American College Health. ٥٤,۱۸٥-۱۹۱. doi: ۱۰,۳۲۰۰/JACH. ٥٤,۳,۱۸٥-۱۹۲

▪ Westefeld, J. S., Homaifar, B., Spotts, J., Furr, S., Range, L., & Werth, J. L. (۲۰۰٥).Perceptions concerning college student suicide: Data from four universities. Suicide and Life Threatening Behavior, ۳٥, ٦٤۰-٦٤٥. doi: ۱۰,۱٥۲۱/suli.۲۰۰٥,۳٥,٦,٦٤۰

▪ Wetherby, A. M., Brosnaan- Maddox, S., Peace, V., & Newton, L. (۲۰۰۸).Validation of disorders from ۹ to ۲٤ months of age. Autism: The International Journal of Research and Practice, ۱۲,٤۸۷-٥۱۱. doi: ۱۰,۱۱۷۷/۱۳٦۳٦۱۳۰۸۰۹٤٥۰۱

▪ Williams, S. L. DiMatteo, M. R., & Haskard, K. B. (۲۰۰۹). Psychosocial barriers to adherence and lifestyle change. In S. A. Shumaker. J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Eds.), The handbook of health behavior change(۳rd ed., pp. ٤٤٥-٤٦۱). New York, NY: Springer.

▪ World health organization. (۲۰۱۳, july). Questions and answers on electronic cigarettes or electronic nicotine delivery system (ENDS). Retrieved from http://www.who. Int/tobacco/communication/statement/electronic-cigarettes/ en/index.html

▪ Yick. A. G., & Oomen- Early, J. (۲۰۰۹).Using the PEN-۳ model to plan culturally competent domestic violence intervention and prevention services in Chines American and immigrant communities. Health Education, ۱۰۹, ۱۲٥-۱۳۹. doi: ۱۰,۱۱۰۸/۰۹٦٥٤۲۸۰۹۱۰۹۳٦٥٥۸

▪ Zak Place. J., & Stern, M. (۲۰۰٤). Health belief factors and position optimism as predictors of STD and HIV prevention behavior. Journal of American College Health, ٥۲,٥,۲۲۹-۲۳٦

▪ Zeldin,s. (۲۰۰٤).Preventing youth violence through the promotion of community engagement and membership. Journal of Community Psychology, ۳۲, ٦۲۳-٦٤۱.doi: ۱۰,۱۰۰۲/jcop.۲۰۰۲۳

▪ Zollinger, T, W. Saywell, R. M. Muegge, C. M., Wooldridge, J.S., Cummings, S. F. & Caina, V. A. (۲۰۰۳). Impact of the Life Skills Training Curriculum on middle school student tobacco use in Marion County, Indiana, ۱۹۹۷-۲۰۰۰. The Journal of School Health, ۷۳, ۳۳۸-۳٤٦. doi: ۱۰,۱۱۱۱/j.۱۷٤٦.-۱٥٦۱,۲۰۰۳.tb٤۱۹۰.x